Nr. 2. 11. stycznia 1931 Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

A. LANDAU, Benedykt GLASS i K. HUMIECKI. Warszawa.

Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem gruźlicy płuc za pomocą tiosiarczanu złota i sodu.

Doniesienie II.

Z I-go Oddziału wewn. Szpit. Wolskiego w Warszawie
Kierownik: Dr. A. Landau.

Od r. 1926 stosujemy na naszym oddziele w leczeniu gruźlicy preparaty złota, początkowo sanokryzynę, później aurosan. Pierwsze wnioski, oparte na obserwacji 23 chorych, przedstawione były w listopadzie 1926 r. na posiedzeniu Tow. Lekarskiego i ogłoszone drukiem w Polskiej Gazecie Lekarskiej (1). Od tego czasu stosowaliśmy leczenie złotem w 55 przypadkach gruźlicy, zatem ogółem materjał nasz obejmuje 78 przypadków.

Niestety chorych swoich mamy możność obserwować jedynie w czasie ich pobytu w szpitalu — po wypisaniu tracimy ich zazwyczaj z oczu. To też nie możemy mówić o wynikach trwałych — jedynie o wynikach, uzyskanych w czasie pobytu chorych w szpitalu.

I. Wśród przypadków, omawianych obecnie, największą część stanowi *tbc. pulm. declarata fibro-caseosa*, przeważnie jamista i obustronna, o przebiegu bądź ostrym, bądź przewlekłym, bądź też typu stacjonarnego. W 4 przypadkach stosowaliśmy leczenie złotem w *tbc. pulm. consumptiva*. Z chorych tych 2 zmarło, jeden żyje, los czwartego jest nam nieznany. Wreszcie stosowaliśmy aurosan (wraz z leczeniem uciskowem) w jednym przypadku *bronchopneumoniae caseoideae confluentis ad lob. sup. pulm. dextri*, przyczem chory ten wypisał się ze szpitala ze znaczną poprawą.

Rozległość sprawy gruźliczej była różna. Jak zaznaczamy poniżej, znaczna nawet rozległość sprawy chorobowej nie jest przeciwwskazaniem do leczenia złotem, jeśli nie idzie w parze z wyniszczeniem ustroju, bądź też jeśli nie przebiega ostro, ze znacznym i szybkim rozpadem mas serowatych.

W wyniku ogólnym w serji I-ej znaczną poprawę uzyskaliśmy u 7 chorych (30.4%), poprawę u 7 (30.4%), stan pozostawał bez zmiany u 6 (26.0%), u 3 chorych nastąpiło pogorszenie (13.2%). W serji drugiej znaczną poprawę uzyskaliśmy u 7 chorych (12.7%), poprawę u 24 (43.6%), stan 18 chorych (32.8%) nie uległ zmianie, pogorszenie nastąpiło w 6 przypadkach = 10.8%.

Zatem z ogólnej liczby 78 chorych znaczną poprawę uzyskaliśmy w 14 przypadkach (17.9%), poprawę w 31 przypadkach (39.74%), stan 24 chorych (30.7%) nie uległ zmianie, stan zdrowia uległ pogorszeniu w 9 przypadkach (11.7%).

W porównaniu z wynikami innych autorów [1]), wyniki nasze przedstawiają się jak tab. I.

Pozatem dodatnie wyniki uzyskiwali: Pai, Kesava i Runasagarani w 77%, (13), Witkowska (12) w 77%, Weiss i Zieliński w 70% (12), Okoński (12) w 66.0%, Szczepański (12) w 52%, Michalski (12) w 40%, Rencki (12) w 37%, Cordier, Gaillard i Carle (14) w 32%. Złe wyniki otrzymali Besançon (12) w 50%, Henius (12) w 40%, pozatem Wohlberg (15), Warlimont (16) etc.

Jak widać, wyniki są rozbieżne. Większość jednak autorów uzyskuje poprawę przeszło w połowie przypadków.

II. W leczeniu złotem gruźlicy nie możemy, niestety, mówić o wyleczeniu — jedynie o uzyskanej większej lub mniejszej poprawie. Wynik leczenia oceniamy na podstawie uzyskanej poprawy podstawowych objawów gruźlicy, zarówno przedmiotowych, jak i podmiotowych — to też zaczniemy ocenę działania złota od przemiany jego wpływu na poszczególne objawy (patrz tab. II.).

A) Pierwszym objawem ucichania sprawy chorobowej jest spadek ciepłoty. O ile w praktyce prywatnej i w warunkach sanatoryjnych samoistny spadek ciepłoty nie należy do rzadkości, o tyle na sali szpitalnej obserwuje się go niezmiernie rzadko. Karol Mayer z kliniki Bernarda (4) podaje, że w ciągu lat 1911—1925 samoistny spadek ciepłoty obserwowano jedynie w 5% przypadków, podczas gdy u chorych, leczonych solami złota, ciepłota opada w 43%. Mollard (2) z pośród 365 chorych gorączkujących obserwował spadek ciepłoty poniżej 37° u 63 = 15.7%, obniżenie jej — u 162 chorych = 40.5%, zmniejszenie wahań — u 22 = 5.5%, czyli ogółem poprawę pod względem ciepłoty uzyskał w 61.7%. Bobrow i Lewandowski (10) uzyskali spadek ciepłoty u 25% chorych z poprawą. Z pośród 23 chorych opisywanych przez Landaua, Cygielsztrajcha i Grochowskiego w doniesieniu I-em. spadek ciepłoty poniżej 37° nastąpił jedynie u 2 chorych = 8.5%, ciepłota opadła, lecz pozostała powyżej 37° u 11 chorych = 47.7%, pozostawała bez zmiany u 7 = 30.4%, uległa zwiększeniu w 3 przypadkach = 13.0%, zatem ogółem korzystny wpływ na ciepłotę w 13 przypadkach = 56.5%.

U naszych chorych ciepłota opadła poniżej 37° w 10 przyp. (18.2%), opadła, lecz pozostała powyżej 37° w 16 przyp. (29%); leczenie pozostawało bez wpływu na ciepłotę u 20 chorych (36.4%), w czasie leczenia ciepłota wzrosła u 5 chorych (9.1%). Zatem na 51 chorych gorączkujących spadek ciepłoty obserwowaliśmy u 26 chorych (50.9%), a łącznie z chorymi serji I-ej, na 74 gorączkujących — u 39 chorych, czyli w 52.7%.

Ciepłota po aurosanie zazwyczaj spada litycznie. Nigdy nie obserwowaliśmy spadku ciepłoty po pierwszem wstrzyknięciu złota. Zazwyczaj po 3—4 wstrzyknięciach wahania ciepłoty stają się mniejsze, zmniejsza się różnica między ciepłotą ranną i wieczorną, a po 6—7 wstrzyknięciu ciepłota zaczyna litycznie spadać. W wielu przypadkach równocześnie ze spadkiem ciepłoty poprawia się sen, i ustępują męczące nocne poty. Spadek ciepłoty, uzyskany leczeniem złotem, zazwyczaj dość długo się utrzymuje. I tak np. u chorego M. W., lat 29, z *Tbc. pulm. decl. fibro caseosa duplex praecipue sin.*, krzywa ciepłoty do 5 wstrzyknięcia aurosanu wykazywała wahania do 38°, — po 5 wstrzyknięciu złota (og. il. 1.05 g) temperatura opadła poniżej 37° i pozostawała na tym poziomie przez cały czas pobytu chorego w szpitalu (4 mies.). Również efektowny wpływ na ciepłotę wywarło leczenie złotem u chorego B. A., lat 20, z *Tbc. pulm. decl. fibrocaseosa et fibro-cavernosa part. sup. pulm. dextri et med. pulm. sin. progr. chron.:* chory ten gorączkował do 38°, — po 3-ciem wstrzyknięciu aurosanu (og. il. 0.35 g) nastąpił spadek poniżej 37° — od tego czasu krzywa ciepłoty zrzadka wykazywała wzniesienie do 37.3°. Jednak ciepłota początkowa, większości chorych u których w czasie leczenia złotem nastąpił spadek poniżej 37°, nie przekraczała 37.6°.

B) Kaszel w przebiegu kuracji złotem często ulega zmniejszeniu, przestaje być męczącym, napadowym, nie pozwalającym na odpoczynek i sen. Zjawisko to zaobserwowali również Farion, Maizilly i Léfèvre (7) w sanatorjum Bellecombe i Mollard w sanatorjum w Hauteville. U 2 naszych chorych (3.6%) kaszel zupełnie ustąpił, u 23 = 41.8% — znacznie się zmniejszył.

C) Plwocina ulega w czasie kuracji złotem wyraźnej zmianie — zarówno jakościowej jak i ilościowej. Staje się ona mniej ropną, bardziej śluzowatą i płynną, łatwiej się daje odpluwać, pozatem zmniejsza się jej dobowa ilość, nieraz nawet bardzo znacznie. Zmiany te występują stopniowo, powoli. Mollard obserwował całkowite zniknięcie plwociny w 44 przyp. (11%), zmniejszenie się jej ilości u 193 chorych (48.2%), Bobrow i Lewandowski — zmniejszenie się jej u 18 chorych = 51.4%.

Ośmiu naszych chorych (14.6%) zupełnie przestało odpluwać, u 17 chorych ilość dobowa plwociny zmniejszyła się ze 100—200 cm³ do 20—40 cm³.

Natężenie próby białkowej w plwocinie u 24 chorych uległo zmniejszeniu, a włókna sprężyste znikły w czasie kuracji złotem u 11 chorych (z 24, u których je wykryto).

W paru przypadkach obserwowaliśmy przejściowe zwiększenie się ilości plwociny po pierwszych paru zastrzyknięciach aurosanu, zmniejszenie się jej ilości dopiero po następnych. Jest to zjawisko dość często spotykane (Mollard). Szereg autorów uważa je za odczyn ogniskowy, przebiegający pod postacią miejscowego przekrwienia w chorym odcinku płuca z wtórnie zwiększoną ilością wysięku.

---

[1]) Piśmiennictwo o leczeniu złotowem gruźlicy obejmuje przeszło 600 pozycyj — ograniczamy się jedynie do podania statystyk nowszych, bądź też opartych na większym materjale.

Tabela I.

Autorzy	Ilość przyp.	Zn. popr. w %	Poprawa w %	Bez zmian w %	Pogorszenie w%
Mollard (2)	400	12,5	48,7	33,2	5,5
Sayé (3)	210	44,3	34,7	14,3	6,6
Bernard i Mayer (4)	142	43,0		—	—
Heat (5)	72	23,6	58,3	—	18,1
Dąbrowski i Wąsowicz (6a)	26	15,3	30,7	34,6	19,2 (zgony)
Dąbrowski i Kruszewska (6b)	62	8,1	30,6	35,4	25,9
Farjon, Maizilly i Léfèvre (7)	46	67,3		—	—
Frimodt-Möller (8)	51[1]	23,0		—	—
Klieneberger (9)	42	90,5		9,5	—
Bobrow i Lewandowski (10)	35	74,3		20,0	5,7
Secco (11)	30	36,6	56,6	—	6,8
Orłowski (12)	296[2]	—	61,0	—	—
Własne	78	17,9	39,7	30,7	11,7

[1]) W trzecim okresie Turbana. [2]) Sumaryczna statystyka polskich autorów.

Tabela II. Wpływ leczenia złotem na podstawowe objawy

	Ciepłota Il. prz. %	Kaszel Il. prz. %	Ilość plwoc Il prz. %	Prątki Il. prz. %	Waga Il. prz. %	Obj. wysłuch. Il. prz. %	Wynik og. Il. prz. %
Nie było przed lecz.	4= 7,3%	—	3= 5,4%	—	—	—	—
Zniknięcie	10=18 2%	2= 3,6%	8=14,6%	17=30,8%	—	—	—
Zmniejszenie	16=29,0%	23=41,8%	17=30,9%	21–38,3%	8=14,5%	—	—
Poprawa	—	—	—	—	—	14=25,6%	31=54,4%
Bez zmian	20=36,4%	25=45,5%	22=40,0%	13=23 6%	7=12,7%	35=63,6%	18=32,8%
Zwiększenie	5= 9,1%	5= 9,1%	5– 9,1%	4= 7,3%	40=72,8%	—	—
Pogorszenie	—	—	—	—	—	6= 10,8%	6=10 8%
Poprawa (og).	26=50,9%	25=45,5%	25 =48 0%	38=69 1%	40=72,8%	14=25,6%	31=54,4%

Würtzen, Knud Faber obserwowali przemijające zwiększenie się ilości plwociny łącznie z krótkotrwałem zwiększeniem się ilości rzężeń w płucu chorem. Besançon podaje, że w postaciach gruźlicy przeważnie włóknistych widział po zastrzyknięciu złota odczyn ogniskowy, polegający na nieznacznych bólach w klatce piersiowej, na zwiększeniu się ilości plwociny oraz wystąpieniu krwioplucia. Również u 3 chorych Sergeant'a wystąpiło krwioplucie po injekcji sanokryzyny. Sayé podaje, że ilość plwociny zwiększała się nieraz po podaniu złota dwu- i trzykrotnie. Gravesen twierdzi, że odczyn ogniskowy jest częstem zjawiskiem i że przyczynia się do niepowodzenia leczniczego. Mendès często obserwował zwiększenie się ilości wilgotnych rzężeń bezpośrednio po injekcji złota. Secher porównywa to zjawisko z odczynem Herxheimera.

D) W pierwszym okresie stosowania sanokryzyny uważano znikanie prątków z plwociny za najważniejszy objaw poprawy, równoznaczny niemal z wyjałowieniem ustroju. Pogląd ten został całkowicie obalony. Szeregiem badań doświadczalnych ustalono, że sanokryzyna *in vitro* nie powstrzymuje rozwoju prątków gruźliczych, i nie osłabia ich jadowitości. W plwocinach gruźliczych, w których nie wykrywano prątków kwasoopornych, wykryto obecność przesączalnych form gruźliczych, wywołujących zmiany gruźlicze u zwierząt doświadczalnych, którym tą plwociną zaszczepiono. Zmiany grullicze, wówczas otrzymywane, zazwyczaj bardzo nieznaczne, umiejscawiają się w gruczołach chłonnych, a uważnem i długotrwałem badaniem wykryć w nich można typowe prątki Kocha, pojedyńcze lub w skupieniach, oraz ziarnistości częściowo kwasooporne (Calmette) (34). Wreszcie ustalono, że własność barwienia się Ziehl-Nielsenem nie jest cechą stałą, i że prątek gruźliczy może tę cechę w pewnych warunkach utracić (Karwacki). Szeregiem żmudnych badań ustalono, że ilość dzienna prątków, wydalana przez osobnika gruźliczego, nie jest stałą, ulegać może z dnia na dzień znacznym nawet nieraz wahaniom, i wobec tego zmniejszenie się ilości prątków kwasoopornych w plwocinie pozbawione jest znaczenia prognostycznego. (Cordier) (17). Jednak trwałe, potwierdzone wielokrotnemi badaniami, zniknięcie prątków z plwociny jest bezwzględnie wyrazem podziałania leku na prątki. Stopniowe, ale dość szybkie wyjaławianie się plwociny z prątków wraz z poprawą ogólną a często i płuc, która bez sanokryzyny w tych samych warunkach szpitalnych jest bądźcobądź nieczęstą, kazały mniemać, iż wraz z sanokryzyną wprowadzamy do ustroju lek, działający swoiście na prątki gruźlicze... Jeżeli narazie na zwierzęciu nie podobna rozstrzygnąć, czy działanie jej bakterjotropowe jest bezpośrednie, czy też pośrednie przez tkanki (przez organotropję), to trudno domagać się rozwiazania tej sprawy przy łóżku chorego, gdzie warunki są o wiele bardziej pogmatwane". (Landau, Cygielsztrajch i Grochowski). Obecnie możliwość działania złota bezpośrednio na prątki jest niemal przez wszystkich autorów odrzucona, a zatem działanie bakterjobójcze tiosiarczanu złota na prątki gruźlicy jest tylko pośrednie i dokładny jego mechanizm jest dotąd nieznany.

Mollard z pośród *224* chorych, u których wykonywano perjodycznie badanie plwociny, stwierdził zniknięcie prątków u 39 chorych (15.5%), zmniejszenie się ich ilości u 61 chorych (24.5%). Z 12 chorych Dąbrowskiego i Wąsowicza, u których autorzy uzyskali poprawę, prątki straciło 4. Bobrow i Lewandowski podają, że na 35 chorych prątki straciło 2 (9%). Wszyscy nasi chorzy (1 + 2 doniesienie), leczeni złotem, prątkowali. Co tydzień wykonywano u nich badanie plwociny. 24 chorych (17%) wypisało się ze szpitala bez prątków w plwocinie, u 28 (21%) ilość prątków się zmniejszyła, u 19 (13%) pozostała bez zmiany, u 7 (14%) nastąpiło zwiększenie ich ilości.

W przypadkach, leczonych odmą sztuczną, nieznikanie prątków z plwociny uważaliśmy jako bezwzględne wskazanie do zastosowania aurosanu, jako środka pomocniczego, będąc zdania, że utrzymanie się prątków jest w tych przypadkach dowodem bądź szerzenia się sprawy chorobowej w płucu uciśniętem [1]) bądź też powstania świeżego ogniska w płucu, poprzednio zdrowem. Z pośród 13 chorych, leczonych odmą sztuczną i złotem, u których po odmie utrzymywały się prątki w plwocinie, znikły one u 8 chorych, a zatem w odsetku większym, niż u chorych, leczonych tylko aurosanem.

Prątki nie znikają z plwociny nagle, — ilość ich stopniowo ulega zmniejszeniu. W paru przypadkach prątki znikały z plwociny w czasie kuracji, by pod koniec leczenia zjawić się znów, co prawda zawsze w niewielkiej ilości. U 2 chorych, którzy przebyli u nas po 2 kuracje, prątki znikły dopiero w czasie drugiej

[1]) Według nowych badań anatomo-patologicznych nawet dobrze uciskająca odma nie zawsze powstrzymuje rozwój procesu gruźliczego w płucu uciśnietem (Guyon) (18).

kuracji. Inny chory stracił prątki w czasie pierwszej kuracji. Zjawił się jednak u nas po upływie pół roku; badanie plwociny wykazało obecność prątków, a dwukrotne powtórzenie kuracji złotem nie miało już wpływu na zmianę ich ilości. Jeden chory, omówiony przez Landaua, Cygielsztrajcha i Grochowskiego, stracił prątki po 5-em zastrzyknięciu sanokryzyny; nie wykrywano ich w plwocinie w czasie dalszego, prawie 2-miesięcznego pobytu chorego w szpitalu (chory ten otrzymał ogółem 5.75 g sanokryzyny). W ciągu następnych 8 miesięcy plwocina, badana sposobem zwykłym oraz homogenizacyjnym, prątków nie wykazywała. Jednak w 4 miesiące później, a więc w rok po zniknięciu prątków, zjawiły się one w plwocinie na nowo wraz z pogorszeniem stanu chorego. Przyjęty po raz drugi do szpitala celem powtórzenia kuracji złotem, pacjent ten zaczął się szybko poprawiać, prątki ponownie zginęły po 6 zastrzyknięciu sanokryzyny (og. il. 3,75) ale w czasie dalszej kuracji sanokryzynowej zjawiły się one ponownie, tak, że pacjent, otrzymawszy w drugiej serji 9 zastrzyknięć = 6 g sanokryzyny, wypisany został na wieś z plwociną, która bez homogenizacji zawierała 0-I prątków w polu widzenia.

E) W ciągu kuracji złotem większość chorych przybiera na wadze. Przybierają na wadze zarówno ci, którzy przed kuracją chudli, jak i ci, których krzywa wagi przez długi czas pozostawała na tym samym poziomie. Przyrost wagi u naszych chorych wahał się od 1 kg do 11 kg, a obserwowaliśmy go u 40 chorych, co stanowi 72.8%. Waga pozostawała bez zmiany u 7 chorych (12.7%), uległa spadkowi u 8 chorych (14.5%). Wśród tych ostatnich — u 6 wystąpiły powikłania ze strony przewodu pokarmowego, u 2-ch proces gruźliczy postępował, dając świeże ogniska w płucach, pomimo leczenia złotem. Przyrost wagi do 5 kg widzieliśmy u 21 chorych, powyżej 5 kg — u 19. Z pośród 23 chorych, omawianych w donies. I-em, wzrost wagi obserwowano u 12 chorych (52.1%), a przyrost wagi powyżej 5 kg — jedynie u 2 chorych. Bobrow i Lewandowski spostrzegali wzrost krzywej wagi w 62.8%, Mollard — tylko w 42.9%, przyczem u większości chorych z sanatorjum w Hauteville przyrost wagi wynosił od 1 kg do 3 kg. Dąbrowski i Wąsowicz z pośród 12 chorych, wypisanych z poprawą, wzrost wagi obserwowali jedynie u 8, u jednego krzywa wagi nie uległa zmianie, a 3 chorych straciło na wadze. Orłowski w swej statystyce podaje, iż 55% chorych przybiera na wadze.

Uważamy, że zachowanie się krzywej wagi łącznie z krzywą ciepłoty jest najpewniejszym i najczulszym wskaźnikiem tolerancji chorego na leczenie złotem. Jeśli w czasie leczenia waga spada, to znaczy że stan chorego nie ulega poprawie. Wtedy należy zmniejszyć dawkę złota, a przy stałym spadku wagi — kurację przerwać, ponieważ przekonaliśmy się, że gwałtowny ubytek wagi ciała, zarówno jak stałe złe samopoczucie i brak łaknienia, poprzedzają wystąpienie ciężkich powikłań ze strony innych narządów, jak np. przewodu pokarmowego, nerek, skóry, które zmuszają nas do przerwania kuracji w warunkach znacznie gorszych. (Landau, Cygielsztrajch i Grochowski). Sayé 3) spostrzegał spadek wagi u wszystkich chorych z gruźlicą włóknistą. Autorzy duńscy są zdania, że krzywa wagi w przebiegu leczenia sanokryzynowego składa się z 2 okresów: 1-ego — początkowego, w którym waga spada i 2-ego, odpowiadającego ostatnim tygodniom kuracji, kiedy krzywa wagi szybko idzie w górę. Dąbrowski i Wąsowicz, Mollard obserwowali w paru przypadkach spadek wagi, pomimo wyraźnej poprawy ogólnej. Obserwacje nasze są nieco odmienne. Wszyscy chorzy, którzy wykazują poprawę, przybierają na wadze. Zdarzało się, że po zwiększeniu dawki złota krzywa wagi ulegała załamaniu — wystarczało jednak dawkę odpowiednio zmniejszyć, by następował dalszy wzrost wagi. Jesteśmy zdania, że krzywa wagi, a pośrednio i uzyskanie poprawy, zależy ściśle, od dobrania odpowiedniej dawki — to też nigdy nie zwiększamy ilości tiosiarczanu złota, a nawet ją zmniejszamy, jeśli po poprzedniej injekcji chory stracił na wadze. Dawka złota u każdego chorego musi być dostosowana do zachowania się krzywej wagi i ciepłoty.

F) U 16 chorych (25.6%) stwierdziliśmy zmniejszenie ilości rzężeń, u 35 (63.6%) stan płuc pozostał bez zmiany, u 6 (10.8%) — nastąpiło pogorszenie. Również Landau, Cygielsztrajch i Grochowski nie stwierdzili ani razu zupełnego zniknięcia rzężeń — stawały się one jedynie znacznie skąpsze, lub znikały, ale tylko jednostronnie. Zjawisko to obserwowali u 13 chorych. Jakość oddechu w czasie kuracji nie ulegała zmianie. Zgodnie z innymi autorami uważamy, że leczenie złotem sprzyja „wysychaniu" sprawy serowatej, że według porównania Garrin'a 19) ognisko gruźlicze ulega w czasie leczenia „ochłodzeniu". Zmniejszenie się ilości rzężeń przemawia za przeistaczaniem się postaci serowatej w włóknistą. Mollard obserwował poprawę objawów wysłuchowych w 43,7%, Bobrow i Lewandowski — w 51.4%. Dąbrowski i Wąsowicz u chorych z poprawą stwierdzali brak zmian objawów fizykalnych i jedynie zmniejszenie się ilości dźwięków dodatkowych. Różnicę wyników naszych uzyskanych w warunkach szpitalnych, a autorów pracujących w sanatorjach, tłumaczyć można czynnikiem klimatycznym, który niewątpliwie sprzyja szybszemu gojeniu się sprawy gruźliczej.

G) Obraz roentgenologiczny w przebiegu leczenia złotem rzadko ulega zmianie. Możliwem jest zniknięcie poprzednio stwierdzonego cienia, co oznaczałoby wessanie się nacieku, bądź też zwiększenie nasycenia cienia i retrakcja płuca, co byłoby uwarunkowane przez daleko posunięte zwłóknienie.

Zniknięcia cienia nie obserwowaliśmy ani razu. Zaznaczyć jednak musimy, że chorzy nasi przeważnie byli kontrolowani jedynie pod ekranem. Włókniste przeistaczanie się nacieków serowatych przebiega tak powoli, że wystąpienie zmian w obrazie rentgenologicznym wymaga więcej czasu, aniżeli wynosi pobyt chorych w szpitalu, który zazwyczaj nie przekracza 3 miesięcy. To też nic dziwnego, że zaledwie w jednym przypadku stwierdziliśmy zmianę obrazu roentgenologicznego. Był to chłopiec lat 19, od 2 lat chory, z obustronną sprawą serowato-włóknistą i jamą pod prawym obojczykiem. Chory w ciągu 3½ miesięcznego pobytu w szpitalu dostał w 20 zastrzyknięciach 6.75 g aurosanu. Ciepłota z 37.4° opadła do normy, na wadze przybrał 5 kg; ilość plwociny (40 cm^3) pozostała bez zmiany, prątki znikły, rzężeń było niewiele. Prześwietlenie, wykonane po przeprowadzeniu kuracji, wykazało wybitną zmianę: górny płat prawego płuca uległ znacznej retrakcji, jama znacznie się zmniejszyła. Dalsze losy chorego nie są nam znane.

Mollard na 400 chorych sanatorjum w Hauteville spastrzegał zmiany obrazu rentgenologicznego zaledwie w 47 przypadkach i to raczej zmiany w kierunku większego zagęszczenia cienia, niż w kierunku jego rozjaśnienia. To samo obserwowali Knud Faber, Lumière i Gelibert, Bobrow i Lewandowski, Dąbrowski i Wąsowicz i inni.

H) Szybkość opadania krwinek oznaczamy ostatnio u każdego chorego leczonego złotem, powtarzając badanie raz na miesiąc. Zazwyczaj szybkość opadania krwinek zmniejsza się nieco wolniej od wzrostu krzywej wagi, spadku ciepłoty i poprawy ogólnej. Przypuszczamy, że objaw Biernackiego, łącznie z zachowaniem się krzywej wagi i ciepłoty, jako wyraz odczynu ustroju na leczenie złotem, ma duże znaczenie prognostyczne, jednak wobec skąpego jeszcze materjału własnego wstrzymujemy się od wypowiadania wniosków ostatecznych. Obserwowaliśmy ostatnio chorego, który przybył na oddział z hektyczną gorączką do 39°, tracił na wadze, prątkował, w płucach miał sprawę prawostronną włóknisto-serowatą i włóknisto-jamistą, zajmującą górny płat, i świeże ognisko w płucu lewem, wykryte Roentgenem. O. B. wynosił 50' (met. Linzenmayera). Po 3 wstrzyknięciach aurosanu (og. il. 0.25 g) amplituda wahań zmniejszyła się, po 4 injekcji aurosanu (og. il. 0.45 g) ciepłota opadła do normy, choremu przybyło wagi, ilość prątków w plwocinie znacznie się zmniejszyła. Prześwietlenie stwierdziło zniknięcie nacieku w płucu lewem. O. B. wynosił 180'. Wymienić również należy chorego, który przybył na oddział z silnemi krwotokami; stwierdzono jamę pod prawym obojczykiem i nieznaczne zmiany oddechowe (bez rzężeń) pod lewym. O. B. wynosił 50'. Założono odmę prawostronną — jednak pomimo dobrego uciśnięcia płuca chory prątkował i gorączkował do 37.2°. Rozpoczęto wtedy kurację złotem — chory przestał gorączkować, kaszel prawie że ustąpił. Jednak prątki to znikały to się zjawiały w plwocinie, waga nie szła w górę. O. B. po 6 tygodniowej kuracji wynosił 50' jak poprzednio. W tym przypadku zachowanie się O. B. było równoległe z krzywą wagi ciała; niezwykła zgodność obu tych objawów nakazywała wielką ostrożność w rokowaniu.

* * *

III. Jednoczesne stosowanie odmy sztucznej i złota.

W 13 przypadkach stosowaliśmy równocześnie odmę sztuczną i aurosan. We wszystkich przypadkach zaczynaliśmy leczenie od założenia odmy, kurację złotem rzpoczynaliśmy po 3-ej lub 4-ej odmie. Wskazaniem do zastosowania złota było w pierwszym rzędzie utrzymanie się prątków w plwocinie, następnie utrzymywanie się podwyższonej ciepłoty i niepodnoszenie się względnie spadek wagi.

W jednym przypadku *(Tbc. pulm. decl. fibro-caseosa sin. caverna ad lob. sup. pulm. sin. et fibro-caseosa dextra)* stosowaliśmy złoto jako uzupełnienie odmy obustronnej. Znaczną poprawę osiągnęliśmy u 4 chorych:

1. *Tbc. pulm. decl. fibro-caseosa sin. (cav. ad lob. sup. pulm. sin.) et fibro-caseosa dextr.*
2. *Tbc. pulm. decl. fibro-caseosa sin. et fibrosa dextra.*
3. *Tbc. pulm. decl. Haemoptoë. Bronchopneumonia caseoidea confluens ad lob. sup. pulm. dextri.*
4. *Tbc. pulm. decl. fibro-caseosa et fibro-cavernosa dextra et inc. sin.*

Poprawę uzyskaliśmy w 5 przypadkach.

5. *Tbc. pulm. decl. ulcero-caseosa sin. pleuritis sin. Lues III.*
6. *Tbc. pulm. decl. fibro-caseosa dextra.*
7. *Tbc. pulm. decl. fibro-caseosa dextra.*
8. *Tbc. pulm. decl. fibro-caseosa lob. sup. pulm. sin. progr. acut. Lues occ.*
9. *Tbc. pulm. decl. fibro-ulcero-caseosa dextra.*

W 9 powyższych przypadkach ilość podanego aurosanu wynosiła od 2 g do 3 g. U chorych tych ciepłota spadała do normy (w 3 przyp. dopiero po podaniu aurosanu), krzywa wagi szybko się podnosiła, ilość plwociny się zmniejszała. U 8 chorych znikły prątki z plwociny — o losie tych chorych nic nie wiemy. U jednego chorego (N. 5) ilość prątków znacznie się zmniejszyła, ciepłota z 40° opadła do normy, chory przybrał 7 kg na wadze. Po 2 latach zgłosił się znów do szpitala w stanie niezłym, gdyż sprawa miała tendencję do zwłóknienia (chory w młodości przechodził kiłę — objawy gruźlicy wystąpiły znacznie później), badanie plwociny wykazało obecność prątków, ciepłota była podgorączkowa. Wobec tego, że jama opłucnej uległa w międzyczasie zarośnięciu, nie było mowy o założeniu odmy, chory miał dostać kurację złotem i swoistą, ale po 0.15 g aurosanu wypisał się celem wyjazdu na wieś.

U 3 chorych nastąpiło pogorszenie: w jednym przypadku *(Tbc. pulm. decl. fibro-caseosa dextra et fibrosa sin. progr. acuta)* pogorszenie nastąpiło wskutek zmian postępujących w płucu nieuciśniętem (pomimo, iż prątków wykryć się nie dawało) — chory nie zgodził się na założenie odmy obustronnej, a zjawienie się zaburzeń jelitowych zmusiło nas do przerwania kuracji złotem; drugi przypadek dotyczył chorej *(Tbc. pulm. decl. fibro-ulcero-caseosa sin. et fibro-caseosa inc. dextra)*, która dostała jedynie 0,6 g aurosanu i wypisała się na własne żądanie, nie mogąc pogodzić się z warunkami szpitalnemi; w trzecim przypadku *(Tbc. pulm. consumptiva ulcero-caseosa sin.)* ucisk płuca chorego był niedostateczny, a po 0.4 g aurosanu w 5 injekcjach wystąpił białkomocz i rozwolnienie, tak, że kurację należało przerwać.

W jednym przypadku stan zdrowia chorego *(Tbc. pulm. decl. fibro-caseosa-cavernosa sin. et incip. dextra. pleurit. fibr. sin.)*, zresztą dość ciężki, nie uległ zmianie .Chory ten po 0,8 g aurosanu dostał białkomoczu, i również należało zrezygnować z terapji złotem. A zatem z 4 chorych, u których nie osiągnięto poprawy, u 3-ch kuracja aurosanowa zaraz na początku uległa przerwaniu.

Naogół kuracja złotem może być doskonałem uzupełnieniem odmy sztucznej.

Odma sztuczna działa na ogniska starsze, złoto — na zmiany świeże (G r a v e s e n) (22). Obserwacje nasze zgadzają się z obserwacjami większości autorów: D ą b r o w s k i i K r u s z e w s k a (6) na 25 chorych odmowych, leczonych równocześnie złotem, uzyskali znaczną poprawę u 3-ch, poprawę u 1-go, nieznaczną poprawę u 12-go, stan zdrowia 6 chorych nie uległ zmianie, 3 chorych zmarło. B o b r o w i L e w a n d o w s k i w 2 przypadkach leczonych odmą i złotem, w obu uzyskali poprawę. Lepsze i bardziej zbliżone do naszych są wyniki autorów zagranicznych. M o l l a r d na 63 przyp. znaczną poprawę otrzymał w 16, poprawę — 30, stan bez zmian — w 16 i pogorszenie w jednym; uzyskał zatem poprawę w 73 proc. u nas — 69 proc. poprawy. H e a t (5) na 15 przyp. w 7 uzyskał kliniczne wyleczenie, w 5 — poprawę, w 3 — pogorszenie, a zatem 70 proc. poprawy. Ze skandynawskich autorów G r a v e s e n (23), z angielskich S t o b i e i S h e i l a H u n t e r (24), z francuskich G a r i n, B o u c o m o n t i R o u g i e r (25), F a r j o n, M a i z i l l y i L é f è v r e (7), D u m a r e s t (2) i inni z dobremi wynikami stosowali złoto, jako adjuvans terapji uciskowej, uważając, że złoto działa hamująco na rozwój ognisk świeżych. F a r j o n i współautorzy widzieli dodatni wpływ złota na płyn wysiękowy opłucny, który zjawił się w czasie kuracji odmowej.

IV. W doniesieniu I-em zwracaliśmy uwagę, że natężenie i częstość występowania powikłań sanokryzynowych w znacznym stopniu zależą od wielkości dawki oraz odstępów między zastrzyknięciami. Ze spostrzeżeń wynikało, że wśród przypadków, które na sanokryzynie poprawiają się, powikłania były najrzadsze i najłagodniejsze (L a n d a u, C y g i e l s z t r a j c h i G r o c h o w s k i). Z pośród 55 chorych 2-ej serji u 24 czyli w 43.6% kuracja złotem przebiegała bez jakichkolwiek powikłań.

Pod względem częstości pierwsze miejsce zajmują zaburzenia jelitowe, które wystąpiły u 24 chorych. W 18 przyp. były to przemijające rozwolnienia, zjawiające się w 1—2 dni po zastrzyknięciu aurosanu, zazwyczaj nie po każdej injekcji, nieraz po jednej z pierwszych, nieraz pod koniec kuracji; ustępowały one po zwykłem leczeniu wapnem, bizmutem i preparatami makowca, i nie stanowiły przeszkody ani do dalszego stosowania złota, ani też do postępującej poprawy. Uważaliśmy je jednak za sygnał ostrzegawczy, za znak, że chory niezbyt dobrze złoto znosi, i następne zastrzyknięcie robiono dopiero w parę dni po ustąpieniu rozwolnień, dawki zaś złota nie powiększano. W 6 przyp. wystąpiły uporczywe biegunki do 8—10 stolców dziennie, przyczem u 2 chorych po 4-ej injekcji, u 2 po 2-ej, raz po 7-ej, raz po 18-ej. We wszystkich tych przypadkach musieliśmy przerwać podawanie złota. M o l l a r d oblicza częstość występowania powikłań jelitowych na 12, 2 proc. D ą b r o w s k i i W ą s o w i c z spostrzegali u kilku chorych powikłania w postaci nudności, wymiotów, biegunki, które występowały wkrótce lub nazajutrz po wstrzyknięciu i miały charakter przemijający.

Wśród chorych serji 1-ej nie mieliśmy przypadków nadających się do równoczesnego leczenia odmą sztuczną i aurosanem.

Drugiem groźnem powikłaniem są zaburzenia nerkowe, w przypadkach lżejszych pod postacią nieznacznego białkomoczu, w przypadkach cięższych — o typie schorzenia kanalików — nefrozy. Wystąpienie śladów białka w moczu zdarza się dość często, zazwyczaj bywa one przemijające i nie stanowi przeszkody do dalszego podawania złota; przestrzegać jednak należy, aby następne zastrzyknięcie złota w dawce nie większej od poprzedniej, chory dostał dopiero w parę dni po ustąpieniu białkomoczu.

U chorych naszych w 5 przypadkach czyli w 9, 1 proc. w moczu zjawiło się białko w większej ilości od 0.48 proc. do 1.0 proc. w osadzie wykryto leukocyty i wałeczki ziarniste i szkliste, a w 2 przyp. i krwinki świeże. Częściej obserwowaliśmy powikłania nerkowe u chorych serji 1-ej. U 8 czyli w 34,5 proc. wystąpił białkomocz (od 0,06 proc. do 0,48 proc.), który trzymał się po parę tygodni. U jednego chorego, który podczas kuracji miewał przelotnie minimalne ślady białka, tak, że nie należało nawet przedłużać zwykłych tygodniowych odstępów między poszczególnemi dawkami, w 2 tygodnie po zaprzestaniu kuracji (5,25 g sanokryzyny) rozwinął się obraz skrobiowatego zwyrodnienia nerek z białkomoczem 2,0 proc. i dużemi obrzękami. Według D ą b r o w s k i e g o i W ą s o w i c z a białkomocz jest najczęstszem powikłaniem, które występuje niemal zawsze. Autorzy ci, nie zważając na zjawienie się białka i wałeczków w moczu, stosowali nadal złoto, co nie pogarszało według nich stanu nerek. M o l l a r d notuje powikłania nerkowe w 5,7 proc. B o b r o w i L e w a n d o w s k i — 11,5 proc. P a i, K e s a v a i G u n a s a g a r a n — w 8 proc. O nerkach zresztą wiadomo, że gromadzą one w sobie w dużem stężeniu znaczny odsetek wprowadzonego złota, są dla niego główną drogą wydalania i skutkiem tego należą do narządów najbardziej wrażliwych na złoto, jak i na wszelkie ciężkie metale. (L a n d a u, C y g i e l s t r a j c h i G r o c h o w s k i).

Gruźlica wogóle posiada wybitne powinowactwo zarówno do nerek jak i przewodu pokarmowego, a odsetek powikłań nerkowych i jelitowych nieznacznie tylko przekracza odsetek u chorych nieleczonych metalem. Jeżeli przed paroma laty w okresie stosowania dużych dawek uszkodzenie nerek bezwątpienia wywoływało złoto, to obecnie, przy dawkach leku złożonego znacznie mniejszych przypuścić należy, że uszkodzenie jelit i nerek istniało już przed rozpoczęciem kuracji, a złoto przyczyniło się jedynie do ujawnienia sprawy chorobowej.

Z powikłań rzadszych wspomnieć należy o powikłaniach ektodermalnych, dla których L e b e u f i M o l l a r d (33) proponują ostatnio nazwę: *les aurides muqueuses et cutanées.*

U 2 chorych serji 2-ej obserwowaliśmy powikłanie skórne w postaci silnie swędzącej wysypki na kończynach dolnych, która wystąpiła raz po aurosanie, raz po allochryzynie. Wysypka zjawiła się po 5-em i po 8-em zastrzyknięciu złota i po 2 tygodniowem trwaniu (złota w tym czasie nie podawano) ustąpiła, a dalsza kuracja przebiegała bez powikłań. Z pośród chorych serji 1-ej powikłania skórne obserwowano 2 razy. U jednego chorego w 10 dni po zastrzyknięciu 0.75 g san. (og. il. 2.0 g) zjawiła się bardzo ciężka *erytrodermia exfoliativa* z wielopłatowem łuszczeniem się skóry, bolesnem jej obrzmieniem i pękaniem w okolicy fałdów, jak kąty ust, zgięcia łokciowe i t. d. U jednej chorej po 6 zastrzyknięciu 0.5 g san. (og. il. 2.5 g) wystąpiła na całem ciele bardzo obfita wysypka, grudkowo-pęcherzykowa, która trwała przeszło 3 tygodnie.

D ą b r o w s k i i W ą s o w i c z w 6 przypadkach (23%) obserwowali wysypkę, przypominającą u niektórych chorych wysypkę płoniczą, u innych — odrową. Wysypka ta znikała po 24 do 48 godz. M o l l a r d podaje częstość powikłań skórnych na

6,5 proc., przyczem zaburzenia skórne występowały pod postacią rumienia, pokrzywki, wysypki rzekomo płoniczej i t. p.

Autorzy opisują powikłania w jamie ustnej pod postacią zapalenia bądź tylko dziąseł, bądź też całej jamy ustnej. Wśród chorych serji, 2-ej nie obserwowaliśmy tych powikłań ani razu, natomiast w serji 1-ej u jednego chorego po 10 injekcji 0.5 g san. wystąpiło znaczne obrzmienie podniebienia miękkiego i twardego, przyczem na błonie śluzowej policzków i twardego podniebienia zjawiło się parę szarawych grudek wielkości łebka szpilki, otoczonych mocno czerwoną obwódką.

Żaden chory nie skarżył się na uczucie metalicznego smaku. Natomiast jeden chory, który złoto dobrze znosił, a którego stan się stale poprawiał, podawał, że w parę minut po zastrzyknięciu złota, czuje wzmożony ślinotok — trwa to 5 — 10 minut i ustępuje. Identyczne zjawisko obserwowali u jednego chorego Dąbrowski i Wąsowicz.

Odczyn cieplny obserwowaliśmy u 18 chorych — 32,3 proc. Mollard — w 17,7 proc. Odczyn ten nie jest stały nawet u tego samego chorego. Występuje nieraz w parę godzin po zastrzyknięciu dożylnem, nieraz dopiero na drugi dzień. Podwyższona ciepłota trwać może parę godzin, a następnie spada krytycznie, nieraz trwa dzień lub dwa i wtedy spada litycznie. Wielkość odczynu jest różna — od 37°6 do 40°. Wysokość odczynu zależy do wyjściowego stanu ciepłoty chorego: przy ciepłocie niższej, o małych wahaniach, odczyn jest zwykle słabszy, u chorych gorączkujących, ze skłonnością do dużych wahań — odczyn bywa znacznie gwałtowniejszy. Nieraz skok ciepłoty zjawia się jedynie po pierwszem wstrzyknięciu, nieraz występuje po pierwszych 2—3 podaniach złota, nieraz niespodzianie w środku kuracji deformuje krzywą ciepłoty chorego, który dotąd znosił wstrzyknięcia złota bez jakichkolwiek powikłań. W przypadkach cięższych odczyn cieplny towarzyszy prawie każdemu podaniu złota. We wszystkich prawie przypadkach w których nastąpiło pogorszenie, krzywa ciepłoty wykazywała strome podniesienia do 39° i 40° po każdem niemal wstrzyknięciu. Zjawienie się odczynu gorączkowego nie jest ściśle zależne od wielkości dawki aurosanu; nieraz chory ma skok ciepłoty po 0,05 gr., a dobrze znosi 0,15 gr. i więcej. Z pośród chorych serji 1-ej u 11-tu czyli niemal w 50%, występowały nieraz w dniu zastrzyknięcia podniesienia ciepłoty do 38° — 39° z dreszczami i nieraz z wymiotami.

W razie zjawienia się odczynu cieplnego, następnej dawki złota nie zwiększamy, lecz nieraz nawet zmniejszamy; jeśli zaś po każdem podaniu złota zjawia się silny odczyn, to kurację przerywamy, w obawie przed skutkami wyjątkowej wrażliwości ustroju gruźliczego w stosunku do złota, a co za tem idzie, przed znacznem pogorszeniem stanu chorego.

V. „Wrażenie z naszych pierwszych spostrzeżeń było wprost oszałamiające. Po pierwszych efektownych spostrzeżeniach przyszły jednak inne, mniej pomyślne. Pomimo wszelkich ujemnych stron sanokryzyny jest jednak dość znaczny odsetek chorych, u których lek ten sprowadza tak zdecydowaną i szybką poprawę, o jakiej w warunkach szpitalnych myśleć nie podobna. Poprawa ta tak daleko wybiega poza obręb t. zw. samoistnego leczenia się gruźlicy płuc, iż tym razem nie podobna oprzeć się przypuszczeniu o swoistem działaniu sanokryzyny". (Landau, Cygielsztrajch i Grochowski).

Jeśli podsumujemy uzyskane wyniki, okaże się, że tiosiarczan sodu i złota jest bardzo cennym lekiem. Na 78 chorych, leczonych złotem, uzyskaliśmy poprawę u 45, czyli w 57.6%, t. zn. przeszło w połowie przypadków. Niestety, mówić możemy jedynie o poprawie, uzyskanej w czasie pobytu chorego w szpitalu. Jednak tak samo zachęcające wyniki otrzymują autorzy, którzy mają sposobność obserwowania chorych przez dłuższy przeciąg czasu. Cordier, Gaillard i Carle obserwowali 110 chorych w ciągu 3—4 lat. U leczonych złotem po upływie 3 lat mieli 32% poprawy, podczas gdy leczenie sanatoryjne dawało od 18 do 20% poprawy. Taksamo Clarke (26), obserwując dużą ilość chorych podaje, że po 4 latach żyło 80% z pośród leczonych złotem, a tylko 63% z pośród nieleczonych. Z chorych z gruźlicą daleko posuniętą żyło po tym okresie czasu 58% leczonych, a tylko 30% nieleczonych. Jeśli uwzględnić to, że poza poprawą objektywną, poprawia się stan subjektywny chorego, poprawia się jego sen, łaknienie, ustępują poty i t. d. — należy uważać wyniki uzyskane za dobre. Leczenie złotem nie daje w warunkach szpitalnych wyników gorszych, niż leczenie klimatyczne, dostępne jedynie dla wybranych.

* * *

VI. Wobec tego, że działanie soli złota nie jest bezpośrednio bakterjobójcze, lecz wynika ze wzmożenia odporności chorego, stosować należy złoto jedynie w tych przypadkach, w których istnieje pewna rezerwa sił obronnych ustroju. Nie stosujemy więc aurosanu u chorych silnie wyniszczonych, z hektycznemi wahaniami ciepłoty, z wielkiemi zmianami w płucach ani też w bakterjemji gruźliczej, jaką jest gruźlica prosówkowa. Nie stosujemy też złota u chorych z powikłaniami jelitowemi i nerkowemi, a Kovats (27), Mollard i inni, którzy obserwowali występowanie żółtaczki w czasie leczenia złotem, przestrzegają przed podaniem złota chorym ze schorzeniem wątroby. Nie uważamy natomiast za przeciwwskazanie do podawania złota zmian gruźliczych krtani i języka; u 3 chorych, cierpiących również na gruźlicę krtani, uzyskaliśmy poprawę stanu ogólnego; u jednego chorego z dużą nadżerką na języku, uzyskaliśmy, poza ogólną poprawą, wybitne zmniejszenie i częściowe zbliznowacenie ubytku.

Nie stanowi również przeciwwskazania do stosowania złota wiek pacjenta:

Wiek chorych	Il. przyp.	Zn. popr.	Popr.	Bez zmiany	Pogorsz.
15—20	13	4	5	2	2
21—30	20	3	8	7	2
31—40	19	—	9	8	2
41—62	3	—	2	1	—

Najmłodszy pacjent miał lat 15, najstarszy — 62, w obu przypadkach osiągnięto poprawę. Również z wyjątkiem niektórych postaci gruźlicy wysiękowej, przebiegających ostro z rozległem serowaceniem wysięku i szybkim jego rozpadem oraz z wyjątkiem gruźlicy prosówkowej, żadna inna postać gruźlicy nie stanowi przeciwwskazania do leczenia złotem, jeśli oczywiści nie idzie w parze ze znacznem osłabieniem organizmu.

Postaci	Il. przyp.	Zn. popr.	Popr.	Bez zmiany	Pogorsz.
1. Postaci pneumoniczne i włóknisto-serowate o przebiegu ostrym	11	2	4	2	3
2. Post. włóknisto-serowate postępujące przewlekle	31	4	14	10	3
3. Post. włóknisto-serowate i włókniste typu stacjonarnego	13	1	6	6	—
	55	7	24	18	6

Oczywiście najbardziej efektowne wyniki uzyskać można w przypadkach gruźlicy o przebiegu ostrym, ale poprawę uzyskiwaliśmy również w gruźlicy włóknistej typu stacjonarnego. Tak samo nie można kierować się przy podawaniu złota czasem trwania choroby: stosowaliśmy aurosan z dobrym skutkiem u chorych na gruźlicę od lat 6 i 10. Jedynem kryterjum do stosowania złota jest natężenie sprawy chorobowej i stan chorego. Stosujemy leczenie złotem u wszystkich chorych o dobrym stanie ogólnym bez względu na rozległość sprawy chorobowej; w sprawach świeżych, ostro postępujących, przy niezbyt rozległem zajęciu miąższu płucnego; w obostrzeniach, nawarstwiających się na starą sprawę przewlekłą; w przypadkach o tendencji włóknistej celem przyspieszenia procesu bliznowacenia; wreszcie jako cenny środek pomocniczy w leczeniu uciskowem. Wnioski i zasady powyższe są całkowicie zgodne z tem, co pisali w roku 1926 Landau, Cygielsztrajch i Grochowski: „Sanokryzyna znajduje największe zastosowanie we wczesnych okresach gruźlicy wysiękowej, w okresie, kiedy produkty procesu wysiękowego nie zdążyły jeszcze ulec rozległemu zserowaceniu i rozpadowi... Gruźlica ludzka prawie zawsze jest pogmatwana, prawie zawsze napotykamy tu nawarstwienia świeżych obostrzeń na procesy dawniejsze. Z tego względu nawet zadawnione przypadki gruźlicy nie są bezwzględnem przeciwwskazaniem do sanokryzyny, bo zdarzyć się może, że podziała ona pomyślnie na te właśnie nawarstwienia. Naogół odnieśliśmy wrażenie, że im mniejsza jest toksemja gruźlicza, im bardziej jest zachowana żywotność ustroju, im niższy jest poziom, im mniejsze są wahania ciepłoty w momencie, kiedy przystępujemy do kuracji sanokryzynowej, tem więcej istnieje szans do pomyślnego działania. Nie ograniczamy przeto stosowania sanokryzyny do przypadków gruźlicy o trwaniu krótszem niż rok, jak sądzi Faber; pamiętać jednak należy, że posunięta gruźlica płuc jamista, stany ze znacznem zatruciem bakteryjnem (gorączka hektyczna, wychudzenie), wyraźnie zaznaczone powikłania jelitowe i nerkowe nie nadają się do stosowania sanokryzyny".

* * *

VII. U chorych serji 1-ej rozpoczynaliśmy zazwyczaj leczenie od dawki 0.25 g, zastrzyknięcia robiono raz na tydzień, czyli z 6-cio dniową przerwą, następne dawki wynosiły 0.5 g, poczem przechodziliśmy do dawki 0.75 g, której nigdy nie przekraczaliśmy.

Jako prawidła, trzymaliśmy się zasady, iż dawka leków ulegała zwyżce, o ile poprzednie zastrzyknięcie nie sprowadzało powikłań. Obecnie od dłuższego czasu stosujemy dawki małe: zaczynamy od 0.05 g aurosanu i — stopniowo zwiększając w odstępach tygodniowych dawkę złota — dochodzimy do 0.2—0.25 g. Nie zwiększamy oczywiście dawki, jeśli poprzednie podanie złota wywołało jakiekolwiek powikłanie. Ogólna ilość aurosanu, podanego w jednej serji, wynosi od 2 g do 3 g. Następną kurację rozpoczynamy nie wcześniej, niż w 2 miesiące po ukończeniu poprzedniej.

Większość autorów stoi obecnie na stanowisku podawania małych dawek. Farjon, Maizilly i Léfèvre podają złoto, zaczynając od 0.05 g, dochodzą stopniowo do 0.25 g i w serji dają 2 g. Cordier, Gaillard i Carle, stosując również małe dawki, dają w serji 3 g. Courmont (28) przez szereg miesięcy podaje po 0.1 g tygodniowo. Kováts (27) również stosuje małe dawki od 0.05 g do 0.2 g w serji do 3 g, tak samo Leuret, Caussimon i Daydrein (29). Roballos (30), bojąc się wstrząsu, rozpoczyna kurację od podania w dwugodzinnych odstępach 0.01 g i 0.02 g leku, po paru godzinach uzupełniając do całej dawki. Większe nieco dawki stosują Pai, Kesava i Gunasagaran: zaczynają od 0.1 g, dochodzą do 0.5 g (wyjątkowo do 0.8 g), a w serji podają 8.5 g Capuani (31), w mniemaniu, że organizm można przyzwyczaić do złota (mitrydatyzm!), rozpoczyna kurację małemi dawkami i dochodzi do dużych. Na klinice prof. Bernarda podają od 0.25 g do 0.5 g (wyjątkowo do 0.75 g) — do ogólnej ilości 5.0—7.5 g.

W sanatorjum w Hauteville stosują 2 szematy podawania złota: jeden, polegający na podawaniu dawek postępujących od 0.05 g do 0.25 g, do ogólnej ilości 2—3 g, i drugi, stosowany w gruźlicy przeważnie włóknistej, postępującej przewlekle, polegający na podawaniu w ciągu kilkunastu miesięcy po 0.1 g tygodniowo. Heat (5) rozpoczyna kurację od 0.1 g stopniowo (po 9 tygodn.) dochodzi do 1.0 g i podaje po 0.1 g co 14 dni aż do zniknięcia prątków.

Z polskich autorów Dąbrowski stosuje aurosan w dawkach od 0.05 g do 0.5 g w ogólnej ilości do 6 g. Bobrow i Lewandowski zaczynają od 0.05—0.1 g, najwyższą dawką jednorazową jest 0.6 g, ogólna ilość nie przekracza 8.0 g.

W przeciwieństwie do innych autorów, na klinice lwowskiej (12) wyniki, uzyskane przy stosowaniu małych dawek (0.05—0.1 g) nie były dodatnie.

Chociaż stosowanie małych dawek zupełnie usunęło niebezpieczeństwo wstrząsu, jednak w dalszym ciągu używamy jako rozpuszczalnika dla aurosanu 5% roztworu cukru gronowego. Stosowanie surowicy przeciwwstrząsowej dawno już zarzucono. Jedynie Secher stosuje jeszcze surowicę u ciężko chorych i w razie wystąpienia powikłań skórnych.

Myśmy surowicy nigdy nie stosowali. Również nie korzystali z niej Hennius, Bernard, Freudenthal; inni, jak Würtzen, Knud Faber i t. d. zarzucili ją po mniej lub więcej długich bezowocnych próbach. Bernard miał poważne wątpliwości co do swoistości surowicy „przeciwtuberkulinowej" i sądził, iż białkomocz i wstrząsy, jakie występują nieraz po zastrzyknięciu sanokryzyny, zależne są od gwałtownego działania nie jadów tuberkulinowych, jakoby wyzwolonych z zabitych przez sanokryzynę prątków gruźliczych, lecz ciężkiego metalu. Ani na chwilę nie można wątpić, że Möllgaard był w stanie zapomocą swej surowicy usunąć u cieląt groźne objawy posanokryzynowe. Potwierdza to zresztą Madsen na cielętach, a Fernbach i Raller zauważyli na gruźliczych świnkach morskich, iż surowica, wstrzykiwana jednocześnie ze śmiertelną dawką sanokryzyny, przedłuża życie świnek. W spostrzeżeniach Sechera na ludziach również spotkać można przykłady bardzo efektownego wpływu surowicy, usuwającej w przeciągu kilku lub kilkunastu godzin znaczny białkomocz lub zapad posanokryzynowy. To jest działanie surowicy doraźne, po którem przychodzą następstwa późniejsze, dla gruźlicy często bardzo niepomyślne. Otóż dawniejsze spostrzeżenia jednego z nas ze stosowaniem u ludzi surowicy — świadczą, iż właśnie w gruźlicy płuc choroba posurowicza przebiega niezwykle burzliwie, i że na gruźlicę ludzką wszelka proteinoterapja pozajelitowa, czy to będzie mleko, czy surowica, czy wreszcie inne przetwory białkowe, wpływa wyjątkowo niepomyślnie. Uważając proteinoterapię, a więc i surowicę w gruźlicy za bezwzględnie przeciwwskazaną, postanowiliśmy od pierwszej chwili, kiedy dostaliśmy do rąk sanokryzynę, surowicy nie stosować. Faber, Würtzen i inni, którzy napoczątku posiłkowali się surowicą, w końcu doszli do przekonania, iż surowica nie jest w gruźlicy płuc środkiem obojętnym, i że wiele niepowodzeń leczenia sanokryzynowego złożyć należy na karb właśnie surowicy. (Landau, Cygielsztrajch i Grochowski).

Na zakończenie powiedzieć możemy, że w tiosiarczanie sodu i złota posiadamy lek, który przeszło w połowie przypadków gruźlicy daje poprawę. Jest on cennym środkiem pomocniczym zarówno w leczeniu uciskowem, jak i w leczeniu sanatoryjnem, przyczyniając się do osiągnięcia doskonałych wyników, gdy sama odma lub tylko leczenie klimatyczne nie są w stanie opanować infekcji. Dzięki stosowaniu małych dawek, przestrzeganiu należytych odstępów między wstrzyknięciami, przy stałem kontrolowaniu krzywej wagi i ciepłoty, przy perjodycznem badaniu moczu i zwracaniu uwagi na najmniejsze zaburzenie jelitowe — odpada niebezpieczeństwo powikłań, wywołanych przez sam lek.

Piśmiennictwo:

1) A. Landau, J. Cygielsztrajch i A. Grochowski: Polska Gaz. Lek. Nr. 8, 1927. — 2) Mollard: Les sels d'or dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Baillière et fils, édit. Paris, 1929. — 3) Sayé: Rev. d. l. Tuberc. Nr. 2, 1926. Quimioterapia de la tuberculosis. Seix et Barral-Herms, S. A. Barcelone, 1927. 4) Bernard et Mayer: Pr. med. str. 705, 1929. — 5) Heat: Tubercle, 1929. — 6a) Dąbrowski i Wąsowicz: Gruźlica Nr.3. 1927. — b) Dąbrowski i Kruszewska: Gruźlica, Nr. 5. 1929. 7) Farjon, Maizilly et Léfèvre: Pr. med. str. 1218, 1928. — 8) Frimodt-Möller: VII Congr. Calcutta, 1927. — 9) Klieneberger: Fortschr. d. Ther. N. 23. 1927. — 10) Bobrow i Lewandowski: Gruźlica, Nr. 4, 1929. — 11) Secco: Giorn. Clin. Med. 1929. — 12) Cyt. według Bobrowa i Lewandowskiego. — 13) Pai, Kesava, Gunasagarani: The rôle of gold salts in the treatement of pulmonary tuberculosis. VII Congr. Calcutta, 1927. — 14) Cordier, Gaillard et Carle: Pr. med. str. 290, 1929. — 15) Wohlberg: Btrg. z. Klin. D. Tuberc. B. 68, H. 4—5. — 16) Warlimont: Sanocrysin. Z. Tbk. B. 52, H. 3, 1928. — 17) Cordier: Rev. d. l. Tuberc. t. 3, 1927 i prace, tam cytowane. — 18) Guyon: Pr. med. 658, 1929. 19) Garin, Imbert et Rousset: Pr. med. N. 7, 1926. — 20) Faber, Knud: Act. Med. Scand. 1927. 21) Lumière et Gelibert: Av. Med. 1928. — 22) Gravesen: Klinische Bewertung des Sanocrysins bei der Lungentuberculose Ug. Laeg. 1929/2. — 23) Gravesen: Act. Med. Scand. 1927. — 24) Stobie and Sheila Hunter: Brit. Med. Journ. str. 3552, 1929. — 25) Garin, Boucomont et Rougier: XX Zjazd med. franc. w Montpellier, Pr. med. 1484, 1929. — 26) Clarke: Brit. Med. Journ. 1929. — 27) Kováts: Orv. Hetil. 1929/IV. — 28) Courmont: Soc. med. d. Hôp. d. Lyon, 12/III, 1929, Pr. med. 409/1929. — 29) Leuret, Caussimont et Daydrein: Bordeaux, LIV, Pr. med. 423, 1929. — 30) Roballos: Contribucion al estudio del tratamento de algunas formas clinicas de tuberculosis polmonar cronica par medio de l'aurotiosulfato de sodio. Roldan y Cie ed. Buenos Aires, 1928. — 31) Capuani: Riv. Pat. e Clin. Tuberc. 1929. — 32) Tomanek: Polska Gaz. Lek. N. 43, 1928. — 33) Lebeuf et Mollard: Pr. med. 74, 1930. — 34) Calmette, również badania Fontès'a, Kirchnera i innych: VI Confer. de l'Union internation. contre la tuberc. Roma, 1928, Pr. med. 1928/2.

Dr. Wacław LEWIŃSKI, st. asystent. Lwów.

Mięsakowaciejąca torbiel jamy opłucnej.

Z Instytutu anatomji patologicznej U. J. K.

Torbiele oraz twory torbielowate śródpiersia i klatki piersiowej należą do zmian rzadko spotykanych; przedstawiają one znaczną rozmaitość pod względem wielkości, postaci, budowy histologicznej ścian, stosunków topograficznych, a także objawów klinicznych.

Niewątpliwie od pochodzenia torbieli zależą jej cechy anatomiczne i objawy kliniczne. To też ostatnio Eigler klasyfikuje je według pochodzenia. Odróżnia on przedewszystkiem zasadniczo dwie różne grupy torbieli: torbiele prawdziwe i rzekome.

Do pierwszej grupy, wedle tego podziału, należą:

1) zboczenia rozwojowe o charakterze torbieli (torbiele, wychodzące z przełyku, wrodzone torbielowate rozszerzenia oskrzeli);

2) torbiele, powstałe wskutek powstrzymania w rozwoju i przesunięcia w nieodpowiednie miejsce grupy niezróżnicowanych

komórek zarodkowych (torbiele „dermoidy" [1]) skórzaste, torbiele układu chłonnego).

Grupę torbieli rzekomych (*Blasen*) stanowią:

1) torbiele pasorzytnicze (*Echinococcus*),

2) torbiele, powstałe wskutek rozpadu tkanki (*Erweichungszysten*).

Dla klinicysty twory tego rodzaju przedstawiają zawsze trudności rozpoznawcze; te torbiele są bardzo często zupełnie nierozpoznawane lub rozpoznawane błędnie.

Z drugiej zaś strony, jeśli chodzi o torbiele, powstałe wskutek zaburzeń rozwojowych, torbiele prawdziwe Eiglera, to niezawsze i anatomopatolog, rozpoznawszy na stole sekcyjnym torbiel jako taką, jest w możności określić źródło i mechanizm jej powstania, nawet po dokładnem zbadaniu histologicznem jej ścian.

Podobny przypadek, stwierdzony sekcyjnie w tutejszem Instytucie anat. patologicznej podaję poniżej.

Historja choroby, łaskawie mi użyczona przez wewn. II. Oddział tut. Szpitalu powsz., opiewa: chora lat 29, pochodzi ze zdrowej rodziny, w dzieciństwie żadnych chorób nie przechodziła. Przed dwoma laty omdlenia bez widocznych przyczyn. Obecna choroba rozpoczęła się przed czterema miesiącami (kłucie, bóle w boku po stronie lewej, któreto objawy przeszły potem na stronę prawą). Ostatnio kaszle i pluje krwią.

Stan obecny. Chora wzrostu średniego, o budowie dobrej, odżywienia miernego. W zakresie głowy i szyi zmian nie wykazano.

Klatka piersiowa: po stronie prawej wypuk jawny w szczycie i poniżej; wdech zaostrzony; liczne rozsiane rzężenia drobnobańkowe; po stronie lewej w szczycie wypuk jawny, poniżej stłumiony. Wdech (z głębi) oskrzelowy. Szmery oddechowe po stronie lewej wybitnie osłabione, drżenie głosowe zniesione. Serce przesunięte ku stronie prawej i dołowi. Uderzenia koniuszkowe w linji środkowej, poniżej wyrostka mieczykowatego. Nad aortą ton I kłapiący. Ciąża VII. mies.

Badanie moczu żadnych odchyleń od normy nie wykazało.

Badanie rentgenowskie: pole płucne lewe w całości jednolicie silnie zaciemnione. Znaczne przesunięcie cienia środkowego ku stronie prawej. Płyn w jamie opłucnowej lewej.

7. I. nakłucie próbne — wydobyto kilka cm^3 płynu surowiczego.

11. I. nakłucie próbne — wydobyto kilka cm^3 płynu krwawego.

11. I. poród przedwczesny.

16. I. duszność; przy nakłuciu wydobyto 200 cm^3 płynu.

17. I. przy nakłuciu wydobyto 500 cm^3 płynu krwawego niekrzepnącego.

22. I. przy nakłuciu wydobyto 450 cm^3 płynu krwawego niekrzepnącego.

26. I. przy objawach duszności — exitus.

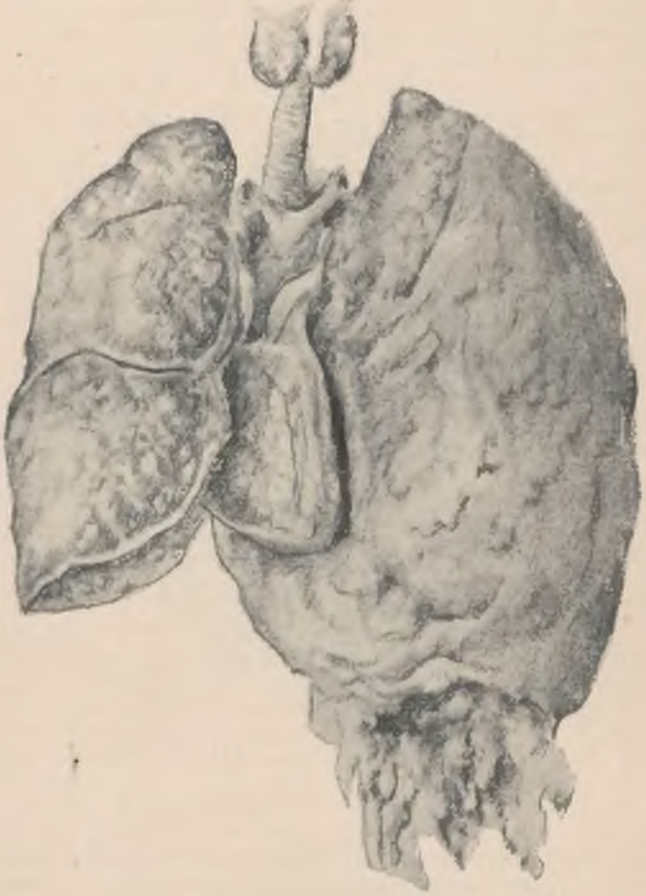
Do prosektorjum dostarczono zwłoki z rozpoznaniem: *Hydropneumothorax in individuo c. tbc. pulmonum. Haemothorax propter rupturam concretionis. Partus praematurus VII. mens.*

Wyciąg z protokołu sekcyjnego. Prot. sekcji Nr. 69/1930. Zwłoki kobiety, średniego wzrostu, o budowie prawidłowej. Odżywienie upośledzone. Stężenie pośmiertne utrzymane. Kościec dobrze rozwinięty. Skóra blada; plamy pośmiertne miernie rozległe; kończyny dolne obrzękłe. Głowa i twarz bez zmian szczególnych.

Klatka piersiowa krótka, dobrze wysklepiona. Przepona po stronie lewej wybitnie obniżona. Po otwarciu klatki piersiowej stwierdza się zepchnięcie serca na stronę prawą, niemal poza linję przymostkową prawą, a cała lewa połowa klatki piersiowej zajęta jest przez torbiel, wielkości dużego melona, która spycha na prawo zawartość śródpiersia. Wymiary torbieli: wysokość 30 cm; przednio-tylny w najszerszem miejscu oraz poprzeczny po 25 cm.

Torbiel jest wypełniona treścią płynną, brudno-krwawą, zawierającą strzępy włóknika oraz wielkie strzępy tkanki żółtawej, jakby tłuszczowej, zgalaretowaciałej. Sama ściana torbieli jest gruba na 3—4 mm, zrośnięta ściśle z opłucną żebrową. Ściana jest miejscami chrząstkowata. Od strony przepony stwierdza się już na zewnątrz torbieli masy tkanki dość miękkiej, przypominającej tłuszcz zgalaretowaciały; masy te przebijają ścianę torbieli i wychodzą na jej zewnętrzną powierzchnię.

Wewnętrzna powierzchnia torbieli od strony śródpiersia, od tyłu i od strony przepony, jest wybitnie nierówna i zajęta przez guzowatości ściśle ze ścianą złączone, z których jedna dochodzi do wielkości dużej pięści, druga jest nieco mniejsza. Guzowatości te są na przekroju dość jednostajne i wytworzone jakgdyby ze śluzowaciejącej tkanki tłuszczowej; na obwodzie są zabarwione ciemno-czerwono-szarawo, w miejscach głębszych mają zabarwienie jasno-żółtej tkanki tłuszczowej. W innych miejscach ściany torbieli stwierdza się od wewnątrz przeważnie okrągławe i jajowate guzki i guzy mnogie, wielkości główki szpilki i orzecha tureckiego, a nawet jaja gołębiego. Guzy te i guzki siedzą jużto na szerokiej szypule, już też zwisają na szypule postronkowatej lub też przypominają postacią grzyby. Zupełnie od tyłu, w okolicy górnej części torbieli stwierdza się ściśle z nią zrośnięte płuco lewe, o rozmiarach 9×7×5 cm, szmaciaste, bezpowietrzne i względem torbieli i otoczenia nieprzesuwalne.



Ryc. 1.
Stosunek wzajemny położenia względem siebie torbieli, serca i płuca prawego.

Ściana torbieli w części przypodstawnej wykazuje nacieczenie tkanką szarawo-białawą, miękką, przypominającą tkankę mięsakową.

Opłucna prawa jest cienka, gładka i lśniąca. Płuco prawe jest nieco pomniejszone i o brzegach porozdymanych, szczególnie jednak jest ono rozdęte w szczycie; przy ucisku miąższ jego wszędzie trzeszczy, jest powietrzny; jedynie tylko w części podstawowej płuco jest oporne, przekrwione, i zupełnie bezpowietrzne. Gruczoły chłonne klatki piersiowej są nieznacznie powiększone i pylicowo zmienione. Blaszka zewnętrzna worka osierdziowego jest wciśnięta do jamy osierdziowej przez opisaną torbiel. Serce jest w całości nieco zmniejszone i zepchnięte na stronę prawą; a jego brzeg lewy jest wybitnie spłaszczony przez guz klatki piersiowej.

Migdałki są powiększone; za uciskiem wydobywają się z nich czopki śluzowo-ropne. Przełyk w dolnej części jest nieco zepchnięty ku stronie prawej.

W jamie brzusznej, poza niewielkiem obniżeniem narządów oraz objawami zastoju żylnego, nic godnego uwagi.

Celem badania drobnowidowego wycięto skrawki z różnych miejsc torbieli, a więc skrawki z gładkiej części wewnętrznej ściany torbieli, z miejsc, w których z tej ściany wznoszą się opisane guzowate i grzybiaste wybujałości, a wreszcie skrawki z samych tworów guzowatych, wypełniających częściowo światło torbieli.

Ściana torbieli zbudowana jest z tkanki łącznej, przeważnie włóknistej, ulegającej w wielu miejscach zwyrodnieniu szklistemu; te miejsca posiadają mniej lub więcej wyraźną budowę warstwową, beleczkowatą. W niektórych miejscach w ścianie stwierdza

[1]) W odniesieniu do tworów, opisywanych pod nazwą „cyst dermoidalnych", „dermoidów" śródpiersia i klatki piersiowej należy zaznaczyć, iż nazwa ta obejmuje zarówno właściwe torbiele skórzaste, zbudowane z tkanek pochodzenia ektodermalnego, jakoteż złożone twory torbielowate trójblaszkowe.

się dość dowolnie rozmieszczone nacieki drobnokomórkowe, szczególnie w najbliższem sąsiedztwie małych naczyń krwionośnych. Po stronie wewnętrznej ściany torbieli stwierdza się warstwę tkanki znacznie bardziej wiotkiej, obficiekomórkowej i zasobnej w naczynia krwionośne, przeważnie porozszerzane i krwią wypełnione. Komórki tej tkanki przedstawiają różne typy, a więc limfocytów, nielicznych komórek plazmatycznych, komórek nabłonkowatych i wreszcie fibroblastów. W tkance tej widać nawet świeżo tworzące się naczynia krwionośne. Jest ona niewątpliwie tkanką ziarninową, przeważnie młodą, która, jak wyżej wspomnieliśmy, tworzy rodzaj warstwy wewnętrznej ściany torbieli. Wyściółki nabłonkowej lub śródbłonkowej od strony światła torbieli nie stwierdza się. W miejscach, w których ściana torbieli szczególnie grubieje, stwierdza się też obfite nacieki drobnokomórkowe a także nacieki z leukocytów.



Ryc. 2.
Rozcięta torbiel; w świetle guzowatości mięsakowe.

W zgrubiałych miejscach ściany torbieli należy podnieść obecność przewodów różnej wielkości i postaci, przeważnie grupami rozmieszczonych, wyścielonych jedno i dwu-warstwowym nabłonkiem, który jest przeważnie nabłonkiem wałeczkowatym, jednak w różnych miejscach mającym różną wysokość. Odgraniczenie tego nabłonka od otoczenia jest ostre. Tuż pod nabłonkiem owych przewodów, stwierdza się pęczki włókien mięsnych gładkich już to podłużnie, już też poprzecznie poprzecinanych, a także, jak gdyby do przewodów tych należące, naczynia krwionośne, ciałkami czerwonemi wypełnione. Światło tych przewodów, mających nierzadko ściany pofałdowane, wypełnione jest niemal z reguły jeszcze utrzymanemi lub porozrywanemi nabłonkami złuszczonemi. Około niektórych przewodów, a także miejscami w tkance łącznej samej ściany torbieli, stwierdza się obfite ziarenka i grudki hemosyderyny.

Ściana torbieli ściśle się zrasta z płucem na pewnej przestrzeni; płuco też w odnośnem miejscu wykazuje znaczne uciskowe spłaszczenie pęcherzyków płucnych — przedstawiając obraz niedodmy uciskowej.

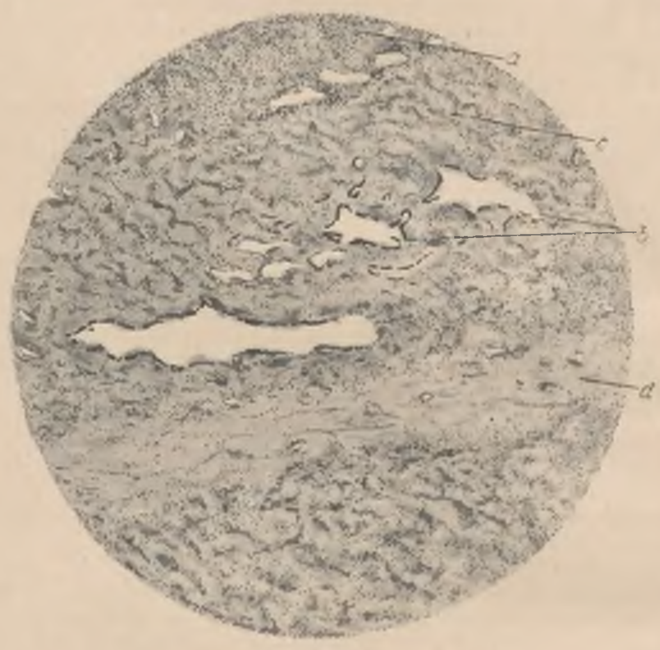
Miejsca guzowate. Ściana torbieli w miejscach usadowienia się guzowatości wykazuje mniej zbite utkanie, większą zasobność w komórki i pewne rozpulchnienie. W miarę posuwania się w kierunku guzowatości wyżej opisanych tkanka staje się coraz bardziej zasobną w komórki, aż wreszcie przechodzi w utkanie samych guzów. Nie wszędzie jednak stwierdza się to stopniowe przejście. W niektórych miejscach utkanie guza odcina się ostro od ściany torbieli, wykazującej często w całej rozciągłości szkliste zwyrodnienie. Tkanka samych guzów przedstawia obraz typowego mięsaka wrzecionowato-komórkowego; komórki tego mięsaka tworzą pasma, w skrawku, jużto poprzecznie, jużto podłużnie poprzecinane. W niektórych miejscach guzów, zwłaszcza bujających od strony przeponowej, ta tkanka mięsakowa posiada znacznie rozszerzone, silnie krwią wypełnione naczynia krwionośne; miejscami stwierdza się w niej mniej lub więcej rozległe wylewy krwawe. W tej też podstawowej części torbieli, guzowatości jej, przebijające ścianę i przechodzące na przeponę, wykazują rozległą martwicę, a nawet już rozpad.

Zestawienie obrazów mikroskopowych. Obrazy drobnowidowe świadczą zatem, że w danym przypadku chodzi o torbiel, posiadającą własną ścianę, zbudowaną z mniej lub bardziej zbitej i szkliście zwyrodniałej tkanki łącznej; ściana ta od strony wewnętrznej jest pokryta warstwą tkanki łącznej obficie unaczynionej i dość świeżej, nieposiadającej jednak wyściółki nabłonkowej. Od strony dolnej i graniczącej ze śródpiersiem ściana torbieli wykazuje bujanie mięsakowe, mianowicie mięsaka wrzecionowato-komórkowego, miejscami dość zasobnego w naczynia krwionośne, ulegającego martwicy i rozpadowi. Obecność hemosyderyny, (grudki czarne, ciemno i jasno-brenzowe), świadczy o wylewach krwawych w ścianie torbieli, jakoteż i do jej światła, zaczem przemawia wybitnie czekoladowa zawartość torbieli.

Ciekawym składnikiem, stwierdzonym w niektórych miejscach ściany torbieli, są owe przewody, które postacią swą, charakterem nabłonka wyściółkowego, wreszcie obecnością pęczków włókien mięsnych, układających się naokoło tych przewodów, licznemi złuszczonemi nabłonkami w ich świetle odpowiadają niewątpliwie drobniutkim i to embrjonalnym oskrzelikom.

Przechodząc z kolei do sprawy pochodzenia opisanej torbieli, przedewszystkiem musimy zaznaczyć, iż danych bezpośrednio określających pochodzenie jej w tym przypadku, nie dostarcza ani obraz makroskopowy, ani analiza histologiczna. Niewątpliwie jest to, wedle przytoczonego na wstępie podziału E i g l e r a, torbiel prawdziwa. Do której jednak z dwu grup mamy ją zaliczyć?

Czy możemy zapatrywać się na nią, jako na twór, należący do grupy t. zw. „dermoidów"?



Ryc. 3.
Skrawek ze ściany torbieli: *a)* Utkanie mięsakowe; *b)* oskrzelik; *c)* tkanka płucna uciśnięta; *d)* pasma tk. łącznej.
Ok. rys. Leitz II. Obj. Zeiss. B.

Jedyną cechą anatomiczną, odpowiadającą danej grupie w torbieli, jest jej wielkość; rzeczywiście, torbiele tej wielkości w klatce piersiowej są stwierdzane wogóle bardzo rzadko i to tylko wśród t. zw. torbieli skórzastych. Poza tem zaś zarówno zupełny brak elementów skóry w ścianie opisanej torbieli i, co jest jeszcze ważniejsze, niecharakterystyczna, bo płynna jej zawartość, przemawiają przeciwko torbieli skórzastej. Wprawdzie ze względu na olbrzymie wymiary torbieli moglibyśmy przypuścić, iż wskutek długotrwałego ucisku i procesów wstecznych nabłonek wyścielający uległ zanikowi, a tkanka łączna pod nim leżąca została zastąpiona przez młodą tkankę ziarninową, którą w naszym przypadku stwierdziliśmy. Z brakiem częściowym lub całkowitym nabłonka wyścielającego torbiele spotykamy się w szeregu ogłoszonych przypadków (T e r p l a n, R i b b e r t, P i n d e r s, J o r e s); opisywano nawet zupełny zanik składników skóry w torbielach skórzastych, w których jednak charakterystyczna zawartość (włosy, masy łojowate) umożliwiały ścisłe rozpoznanie (S c h u s t e r ó w n a) [1].

[1] W polskiem piśmiennictwie znalazłem jedyny opisany przez S c h u s t e r ó w n ę przypadek torbieli śródpiersia a mianowicie t. zw. torbieli skórzastej; autorka nawiązując do przypadku, omawia zapatrywania na genezę dermoidów śródpiersia i klatki piersiowej i przytacza ważniejsze poglądy na tę sprawę. — Z tego względu sprawy tej tu nie poruszam.

Pozostaje zatem do rozpatrzenia jeszcze jeden rodzaj tworów torbielowatych klatki piersiowej, powstałych także na tle zaburzenia rozwojowego, dla których punkt wyjścia stanowią ogniska komórek, odsznurowanych od jelita pierwotnego.

Pod względem anatomicznym torbiele te charakteryzują się przedewszystkiem swoistą wyściółką nabłonkową. Najczęściej są one wysłane nabłonkiem rzęskowym. Niekiedy, obok nabłonka rzęskowego, znajduje się nabłonek wielowarstwowy płaski lub walcowaty, ześluzowaciały. Pod wyściółką nabłonkową znajduje się tkanka łączna, obficie unaczyniona. Opisywano nawet przypadki, w których wyściółka torbieli odpowiadała błonie śluzowej żołądka (Entz i Orosz). Torbiele te są wypełnione płynem, zawierającym białko. W niektórych przypadkach opisywano w ścianie tych torbieli kanaliki, przypominające przewody gruczołowe, wysłane nabłonkiem walcowatym. Ściana torbieli zawiera niekiedy wysepki tkanki chrzęstnej. W pewnych razach umiejscowienie bywa dość charakterystyczne n. p. małe torbiele, usadowione w ścianie przełyku lub w jego otoczeniu.

W sprawie pochodzenia tego rodzaju torbieli, wedle ujęcia tej sprawy przez Entza i Orosza, uważa się za rzecz zupełnie pewną, iż powstają one na tle zaburzeń w rozwoju jelita pierwotnego. Czy jednak mogą one powstać w jego dowolnem miejscu, czy też należy je uważać za odsznurowane ognisko od pierwotnego zawiązku płuc, to co do tego zdania badaczy nie są uzgodnione. Większość autorów jest zdania, iż twory te mogą powstać w każdem dowolnem miejscu jelita pierwotnego, przyjmując, iż komórki jelita pierwotnego mogą różniczkować się w rozmaitych kierunkach i wytwarzać utkania, odpowiadające czy to śluzówce przełyku, czy tkance płucnej lub wreszcie śluzówce żołądka. Wedle innych, torbiele wysłane nabłonkiem rzęskowym i zawierające w ścianie swej tkankę chrzęstną, pochodzą z zawiązku płuc, zaś inne torbiele pochodzą z jelita pierwotnego. Twory te, po odsznurowaniu się, w miarę wzrostu, mogą się oddalać dość znacznie od miejsca swego wyjścia; zatem położenie ich w klatce piersiowej nie zawsze może służyć za podstawę w rozpoznaniu.

Widzimy zatem, iż te torbiele są scharakteryzowane przez swoistą wyściółkę nabłonkową oraz obecność płynu surowiczego lub galaretowatej zawartości. Wracając do przypadku opisanego, musimy zatem stwierdzić, że po wytłumaczeniu w sposób powyższy braku wyściółki nabłonkowej, która właśnie charakteryzuje ten rodzaj torbieli, oraz przy uwzględnieniu zawartości masy torbieli, należy przyjąć, iż należy ona do torbieli grupy drugiej. Ponadto, poza charakterystyczną zawartością, odpowiada temu przypuszczeniu także obecność oskrzelików, stwierdzonych w ścianie torbieli.

W naszym przypadku zasługuje na podkreślenie, jako rzadkość, bujanie mięsaka w ścianie torbieli. W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem zaledwie kilka takich przypadków (Virchow, Jores, Ribbert).

Uwzględniając wygląd makroskopowy naszego guza, jego zawartość, budowę drobnowidową oraz umiejscowienie, należy przyjąć, że jest on torbielą jednokomorową, powstałą najprawdopodobniej wskutek zaburzenia w rozwoju; torbiel ta uległa częściowo zmięsakowaceniu, a, jako następstwo złośliwego bujania, tkanka mięsakowa przebiła ścianę torbieli i zaczęła rosnąć na zewnątrz i do wewnątrz oraz w postaci guzów wypełniać światło torbieli.

Torbiel powiększając się, spychała płuco lewe ku górze i ku tyłowi, wywierając na to płuco ucisk znacznego stopnia. W następstwie tego ucisku płuco uległo niedodmie uciskowej. Z drugiej strony, naciskając na śródpiersie przednie, zepchnęła ona serce na prawo, powodując nawet spłaszczenie brzegu komory lewej.

Oczywiście torbiel tak znacznych rozmiarów musiała wywierać także ucisk na wielkie pnie żylne w klatce piersiowej, wywołując tem samem utrudnienie odpływu krwi z żył jamy brzusznej, co się zaznaczało przekrwieniem żylnem narządów jamy brzusznej.

Piśmiennictwo:

1) Alth: Frankf. Ztschr. f. Pat. 30, S. 463. — 2) Aschoff: Lehrbuch der patholog. Anatomie. — 3) Bert u. Fischer: Tamże 6, 1911. — 4) Entz u. Orosz: Tamże. — 5) Eigler: Cbl. f. all. Path. u. Path. Anat. 40, S. 463. — 6) Jacobs: Tamże 46, S. 263. — 7) Joel: Virch. 122, S. 381. — 8) Jores: Virch. Arch. 1893. — 9) Lohlein: Verh. d. deutsch. pathol. Gesellschaft, 12, 1908. — 10) Nowicki: Anatomja patologiczna. T. I. — 11) Petit de la Villeon: Cbl. f. all. Path. u. Path .Anat. 46, 1929, S. 9. — 12) Pinders: Według Schusterówny. — 13) Ribbert; Według Schusterówny. — 14) Schwyter: Fr. Zeitschr. f. Path. 36, S. 146. — 15) Schusterówna: Gaz. Lek. 1913. — 16) Singer: Cbl. f. all. Path. u. Path. Anat. 45. — S. 198. — 17) Schwalbe: Morphologie d. Missbildungen. — 18) Terplan: Virch. Arch. 3. 240.

Dr. Wiktor BINCER, asyst. Kliniki. Kraków.

O wpływie adrenaliny na wydzielanie soku żołądkowego.

Z Kliniki Lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Józef Latkowski.

Badanie wpływów, warunkujących wydzielanie soku żołądkowego jest od czasu prac Pawłowa i jego szkoły nieustającem źródłem wzbogacania naszej znajomości czynności żołądka. Kierunek badań tych przeszedł w ostatnich czasach z uwzględniania czynników głównie miejscowych do ujęcia zagadnienia z punktu widzenia całości ustroju. Ta ewolucja dokonywa się w związku ze zmianą poglądów na znaczenie żołądka dla ustroju: dawniej uważano go za narząd przedewszystkiem trawienia, jako etapu w przygotowaniu asymilacji; dzisiaj, po licznych doświadczeniach, po rozległych resekcjach żołądkowych, po dokładniejszem poznaniu czynności układu wegetatywnego i całego nowopoznanego kompleksu z nim się łączącego, rola żołądka jako ogniwa w łańcuchu spraw nerwowych postawiona jest bodaj czy nie na równi z jego rolą narządu trawienia w znaczeniu chemicznej i mechanicznej przeróbki pokarmów i podania ich dalszym odcinkom przewodu pokarmowego.

Unerwienie żołądka przez nerw błędny i współczulny było przedmiotem badań, zsyntetyzowanych przez Langley'a, Laignel-Lavastine'a, nie zostało jednakże wyjaśnione we wszystkich szczegółach, zwłaszcza, jeśli chodzi o zakończenia nerwowe, których anatomja nie jest całkiem jasna, wobec czego i funkcje nie mogą być wyjaśnione zupełnie. To, co wiemy napewno, da się streścić w następujący sposób: trzy są źródła unerwienia przewodu pokarmowego: 1) układ współczulny, 2) układ wegetatywny czaszkowy i 3) układ wegetatywny krzyżowy. Włókna, należące do nerwu współczulnego pochodzą wyłącznie z części piersiowej i lędźwiowej rdzenia (głównie od VIII. piersiowego do IV. lędźwiowego odcinka), przechodzą przez sznur graniczny, a z niego gałązkami łączą się ze zwojami przedkręgosłupowemi, leżącemi wzdłuż tętnicy głównej brzusznej. Te gałązki ugrupowane są w górne, idące do zwoju słonecznego, to są nerwy trzewiowe górne, i w dolne, idące do zwoju śródtrzewnego dolnego, to są nerwy trzewiowe dolne (jak je nazywa Langley). Nie we wszystkich zwojach przedkręgosłupowych zaczynają się nowe neurony. Niektóre bardziej obwodowo, a więc w drobnych zwojach rozrzuconych w dalszym ich przebiegu. Co do zakończeń nerwów obwodowych, to rzecz ta nie jest jeszcze jasna. Jest pewne, że istnieje związek ze zwojami Auerbacha i Meissnera. Wiadomo, że są zakończenia nerwowe w najbliższem sąsiedztwie komórek wydzielniczych żołądka, ale nie można już nic pewnego powiedzieć o ich przynależności do któregoś systemu, unerwiającego żołądek. A zresztą trzeba podnieść z naciskiem, że między nerwem współczulnym a błędnym istnieją liczne anastomozy i że temu wymieszaniu anatomicznemu odpowiada widocznie różnostronność funkcyj, — nie jest tylko udowodnione, czy istnieje tutaj prosta zależność jednej sprawy od drugiej.

Wyniki prób czynnościowych, wykonywanych w zakresie układu wegetatywnego (Eppinger i Hess) z uwzględnieniem żołądka (Danielopolu i Carniol) nie są jednoznaczne. Liczne prace klinicystów, jak wielostronnie rzecz ujmująca praca Latkowskiego, wykazują, że czynności układu wegetatywnego nie dają się rozklasyfikować zbyt schematycznie, jak tego Eppinger i Hess początkowo wymagali.

To też stan badań układu wegetatywnego znajduje się w orbicie różnych hipotez, zależy też w znacznej mierze od udoskonalenia techniki badania. Nam chodzi o poznanie tych spraw w żołądku żywego człowieka, a do tego służy obecnie w pierwszym rzędzie zgłębnik stały i badania rentgenowskie.

W przedstawionych tu wynikach badania posługiwaliśmy się zgłębnikiem Einhorn'owskim i użyteczności jego poniżej się zajmiemy, co zaś do badań rentgenowskich odnośnie do objawów ruchowych żołądka w związku z czynnością wydzielniczą, korzystać z niego zamierzamy w dalszej serji doświadczeń.

Te badania mogą bowiem dawać wiele cennych wskazówek. Ruchy żołądka w zależności od wpływów układu wegetatywnego były już przedmiotem badań rentgenologicznych. Cannon

przeprowadził serjowe badania u kota; Eisler i Lenk nie zauważyli żadnych zmian przy doświadczalnych wpływach nerwu błędnego i współczulnego na żołądek. Natomiast pięknie przeprowadzone badania Klee'go dały jednoznaczne wyniki, potwierdzające w całej pełni zapatrywania fizjologów na czynności ruchowe żołądka w zależności od wpływów poszczególnych części układu wegetatywnego.

Dotychczas badaliśmy wpływ adrenaliny na wydzielanie soku żołądkowego, kierując się następującemi rozważaniami:

1) Użycie adrenaliny, jako substancji, działającej wybiórczo na zakończenia systemu współczulnego, może wykazać jego rolę w wydzielaniu soku żołądkowego.

2) Adrenalina jest substancją nieobcą ustrojowi i skutki jej działania w doświadczeniu muszą być podobne działaniu w ustroju poza doświadczeniem. Pod tym względem ma ona stanowisko odrębne w grupie środków, używanych dla stwierdzenia roli poszczególnych części układu wegetatywnego.

3) Dotychczasowe badania w tym zakresie, które przeprowadzali wedle dostępnej mi literatury Talma, Genyo Yukawa, Gaultier, Binet, Loeper i Vérpy, Danielopolu i Carniol, Hess i Gundlach, Boewing, Sirotin, Boenheim i Suda, Hernando, Rogers, Alpern, Rahe i Ablahadian, Mahler — nie dały jednoznacznych wyników.

Posługiwanie się zgłębnikiem dwunastniczym Einhorn'a jest naturalnie sposobem, przy którym nie można osiągnąć idealnej ścisłości eksperymentu, skoro nie udaje się to nawet przy doświadczeniach na zwierzętach, gdzie warunki są o tyle mniej skomplikowane dzięki operacjom doświadczalnym, jak operacja Pawłowa, Heidenheina czy Orbelego. Te operacje fizjologów umożliwiają niewątpliwie usunięcie przeróżnych odruchów, zaciemniających obrazy eksperymentalne. My, badając żywego człowieka, musimy tylko baczną zwracać uwagę na różne błędy w eksperymentowaniu i usuwać je wedle naszych ograniczonych bardzo możliwości. Ale i to jest warte trudu i podnosi znacznie wartość otrzymanych wyników. Dlatego zatrzymamy się krótko przy technice naszych doświadczeń.

W celu otrzymania liczb możliwie prawdziwych trzeba — jak wiadomo — w sposób jak najstaranniejszy wykluczyć wpływy psychiczne, które mogą silnie modyfikować wydzielanie soku żołądkowego. Już dlatego wprowadzenie zgłębnika cienkiego jest dużo bardziej wskazane, niż wprowadzenie zgłębnika zwykłego. Badaniom Grandauer'a zawdzięczamy dokładne dane co do wpływu urazu psychicznego, jakiem jest założenie zgłębnika grubego, na wydzielanie soku żołądkowego. Mamy wtedy z reguły obniżenie wydzielania.

Drugą wielką zaletą zgłębnika dwunastniczego jest umożliwienie ciągłości badania — z tego względu badanie stosunków wydzielniczych żołądka ma nieporównaną wyższość nad badaniem dorywczem zgłębnikiem grubym, wymaga tylko więcej czasu i cierpliwości i głównie dlatego nie wyparło dotąd zupełnie badania zgłębnikiem Kussmaul'a. Ta ciągłość badania oddaje nam przy doświadczeniach duże usługi, umożliwiając stwierdzenie zmian wskutek wpływu eksperymentu niejako *in flagranti*.

Jeżeli chodzi o wpływ zakładania zgłębnika na wydzielanie soku żołądkowego, to samo działanie mechaniczne zgłębnika, jak również przechodzenie zgłębnika przez przełyk samo przez się, nie gra tu żadnej roli, jak stwierdził Schüle. Powoduje ono jednak wzmożone ślinienie, a jak stwierdził Sokołow, ślina połknięta pobudza wydzielanie soku żołądkowego. Tem mogą się tłómaczyć wyniki Simici i Voiculesco, którzy przy użyciu zgłębnika dwunastniczego stwierdzili także i w zdrowych żołądkach wydzielanie soku żołądkowego na czczo i to w dużej ilości, co przeczy dotychczas stwierdzanym faktom. Dla usunięcia takich wpływów polecaliśmy naszym badanym wypluwanie wszelkiej gromadzącej się śliny i unikanie jej połykania (samo wydzielanie śliny nie wpływa na wydzielanie soku żołądkowego). Stwierdziliśmy przytem, że sok żołądkowy nie wydzielał się na czczo w tych warunkach, podczas gdy przy połykaniu śliny wydzielanie to było dość obfite.

Badania przeprowadzaliśmy u mężczyzn, ze względu na na ogół mniejszą podatność na wpływy psychiczne zakładania zgłębnika, jak też i ze względu na mniejsze wahania ogólne w zakresie wydzielania soku żołądkowego, które u kobiet są większe, a to według Ziembickiego w okresie menstruacji [1]), w pierwszych miesiącach ciąży, przy zmianach ułożenia macicy i t. p.

[1]) W tym kierunku niema zupełnej zgodności autorów są badania (Elsner, Kehrer, a ostatnio Schlange w Med. Kl. 1930, Nr. 1), wskazujące na brak tych wpływów.

Pierwszego dnia zakładaliśmy zgłębnik Einhornowski i stwierdzali, czy jest treść żołądkowa na czczo, podawali próbne śniadanie alkoholowe (15 cm^3 na 285 cm^3 wody destylowanej), poczem co 10 minut badaliśmy porcję treści aż do ukazania się żółci, względnie czczości żołądka (I. badanie). Jak wiadomo, alkohol rozcieńczony jest jednym z najsilniejszych środków pobudzających wydzielanie soku żołądkowego.

Następnego dnia czyniliśmy to samo, wprowadzając w pół godziny po podaniu śniadania alkoholowego 1/8 mg adrenaliny dożylnie; poczem co kilka minut badaliśmy porcję treści (II. badanie). Trzeciego dnia powtarzaliśmy zgłębnikowanie jak poprzednio, a w pół godziny po podaniu próbnego śniadania inscenizowaliśmy przygotowania do zastrzyku dożylnego, a wstrzykiwaliśmy podskórnie pół cm^3 fizjologicznego roztworu soli kuchennej (III. badanie). Po kilku dniach powtarzaliśmy znów badanie z wprowadzeniem dożylnem adrenaliny (IV. badanie).

We wszystkich otrzymanych porcjach oznaczaliśmy ilość treści, ilość wolnego kwasu solnego, kwasotę ogólną i siłę trawienną (metodą Gross'a z roztworem kazeiny).

U przeważnej części chorych staraliśmy się również zorjentować co do reakcji układu wegetatywnego, przeprowadzając na kilka dni przed rozpoczęciem właściwego badania próbę atropinową według Danielopolu, zdając sobie sprawę z jej schematyczności, pozwalającej na wnioski tylko w przybliżeniu.

Przypadki chorobowe, które badaliśmy (16), należały przeważnie do grupy schorzeń żołądkowych, lecz były i takie, które żadnych nieprawidłowości ze strony żołądka objektywnie i subjektywnie nie wykazywały.

W przeważnej ilości przypadków, w których stwierdziliśmy wzmożenie ponad normę ilości wolnego kwasu solnego, kwasoty ogólnej i siły trawiennej po próbnem śniadaniu alkoholowem, po injekcji adrenaliny już w pierwszej porcji, otrzymanej w dwie minuty po zastrzyku dało się zauważyć zmniejszenie wszystkich trzech wartości o 16—20%. Przy podskórnej injekcji kontrolnej roztworu fizjologicznego soli kuchennej występowało również zmniejszenie, jednak ani razu powyżej 10%. Występowało ono przytem później, niż zmniejszenie po adrenalinie, a występowało po nim ponowne wzmożenie się wydzielania, podczas gdy osiągnięte po adrenalinie zmniejszenie się wydzielania trwało do końca badania. Z tych względów uważamy tu zmniejszenie się wydzielania po zastrzyku adrenaliny za swoiste.

W przypadkach o *a priori* zmniejszonej ilości wolnego kwasu solnego, kwasoty ogólnej i pepsyny, stwierdziliśmy swoiste dla adrenaliny zwiększenie się kwasoty ogólnej we wszystkich przypadkach o 10—20%, a po injekcji kontrolnej (0.9% Na Cl) nastąpiło zmniejszenie się wolnego HCl i t. d. o 4—6%.

W przypadkach o prawidłowem wydzielaniu było jużto swoiste po injekcji adrenaliny zwiększenie się kwasoty ogólnej w części przypadków, jużto zmniejszenie w drugiej części przypadków, analogicznie do zmniejszenia po injekcji kontrolnej.

We wszystkich przypadkach wyniki IV. badania zgadzają się z II. badaniem do różnicy 5%.

Co do próby atropinowej, to w 3/4 liczby przypadków z nadmiernem wydzielaniem dawała ona wynik równoznaczny z „wagotonją" według Danielopolu, w jednej czwartej nie było wyraźnej przewagi jednego z dwu systemów. W przypadkach ze zmniejszonem wydzielaniem w 1/3 „wagotonja", w 2/3 „sympatykotonja". W przypadkach prawidłowego wydzielania 1/2 „wagotonja", 1/2 „sympatykotonja". Nie podajemy tu dokładnych liczb ze względu na oszczędność miejsca wobec nie zasadniczego znaczenia dla tematu.

Poniżej natomiast podajemy dane liczbowe kilku przypadków tylko przy badaniu I. bez wstrzyknięcia i II. ze wstrzyknięciem adrenaliny, a znów ze względu na oszczędność miejsca zaniechaliśmy podania tabelarycznego wyniku III. badania ze wstrzyknięciem obojętnej substancji, oraz wyniku IV. badania, będącego kontrolnem powtórzeniem drugiego.

Chory P. (żadnych dolegliwości żołądkowych; wagotonja według Danielopolu).

I. badanie 28 czerwca 1929 r.

	ilość treści w cm^3	wolny HCl w °	ogólna kwas. w °	siła traw. w jedn.	godzina
na czczo	8	0	13	0	8.15
próbne śniadanie					8.20
I porcja	10	6	18	2.1	8.25
II porcja	8	8	18	3.0	8.40
III porcja	10	19	48	7.0	8.55
IV porcja	10	8	16	3.2	9.10

II. badanie 29 czerwca 1929 r.

na czczo	20	2	14	0	8.15
próbne śniadanie					8.25
I porcja	8	6	18	2.2	8.35
II porcja	12	10	21	4.7	8.45
III porcja	6	18	39	8.4	9.00
zastrzyk adrenaliny					9.05
IV porcja	10	17	44	7.0	9.20
V porcja	14	18	46	7.2	9.35
VI porcja	12	16	42	6.3	9.50

Chory J. K. *Superaciditas*. Wagotonja.

I. badanie 23 sierpnia 1929 r.

na czczo	6	2	14	3.1	9.25
próbne śniadanie					9.30
I porcja	20	10	36	7.2	9.45
II porcja	20	26	50	19.1	10.00
III porcja	16	44	76	32.0	10.15
IV porcja	20	32	61	23.6	10.30
V porcja	12	30	52	20.1	10.45
VI porcja	16	29	54	21.4	11.00

II. badanie 24 sierpnia 1929 r.

na czczo	11	1	10	0	9.15
próbne śniadanie					9.20
I porcja	18	7	33	3.3	9.35
II porcja	17	26	48	17.8	9.50
III porcja	20	40	71	30.9	10.05
zastrzyk adrenaliny					10.10
IV porcja	20	30	56	22.1	10.25
V porcja	16	18	41	11.4	10.40
VI porcja	18	19	43	12.9	10.55

Przechodząc do omówienia wyników, stwierdzamy, że mamy do czynienia tutaj z niewątpliwym wpływem adrenaliny na wydzielanie soku żołądkowego.

Należałoby przypuszczać, że adrenalina, jako *sympathicomimeticon*, będzie wywoływać tylko zmniejszanie wydzielania soku żołądkowego. Niekonieczne jest naturalnie przyjęcie, że nerw współczulny ma wogóle gałązki wydzielnicze — wystarczy dla wytłómaczenia znany antagonizm z nerwem błędnym. Niektórzy autorowie (Talma i inni) stwierdzili, że pobudzenie nerwu współczulnego wywołuje zwiększenie się wydzielania soku żołądkowego. W naszych badaniach uwidacznia się raczej wpływ regulujący adrenaliny, a mianowicie obniżanie wydzielania przy nadmiernem wydzielaniu, a wzmaganie przy za małem wydzielaniu. Wyjaśnienia tego zjawiska możemy szukać w przewadze wpływu nerwu błędnego na żołądek, jak to dawno wiemy co do wydzielania, a jak dowiodły badania Klee'go co do ruchów. Badacz ten, posługując się promieniami Roentgena, wykazał, że równoczesne i równie silne pobudzanie n. vagus i n. sympathicus wywołuje przewagę objawów pobudzenia tylko nerwu błędnego. Ostatnio Kaulbersz zebrał szereg ciekawych danych co do wpływu m. i. adrenaliny na wydzielanie soku żołądkowego.

Możnaby z dużem prawdopodobieństwem kłaść zaburzenia wydzielania w żołądku, tak nadmiernego jak i za małego, na karb zmian napięcia tylko nerwu błędnego, a wtedy wzmożenie napięcia nerwu współczulnego mogłoby działać regulująco na takie zmiany. Trzeba dla tego przyjąć zapatrywanie coraz bardziej uznawane, że napięcie „małe" i „duże" nerwów życiowych nie wyraża się w prostych stosunkach ilościowych, ale że nosi i cechy różnic jakościowych, które mierzyć możemy ilościowo w ostateczných ich objawach.

Piśmiennictwo:

Babkin: Die äussere Sekretion der Verdauungsdrüsen. 1914.— Laignel-Lavastine: Pathologie du Sympathique. — Langley: The autonomic nervous system. — Binet: Pr. med. 1918, S. 407. — Danielopolou i Carniol: Action de l'adrenaline etc. — Ewald: D. Arch. f. kl. Med. T. 106, S. 498. — Gaultier: Soc. de Biol. 1907, S. 865. — Grandauer: D. Arch. f. kl. Med. T. 101, S. 302. — Hess i Gundlach: Arch. f. d. ges. Phys. 1920, S. 122. — Kaulbersz: O wpływie układu nerwowego wegetatywnego i t. d. Kraków, 1930. — Klee: M. m. W. 1914, S. 1044. — Latkowski: P. G. Lek., 1922, Nr. 9. — Mahler: M. Kl. 1929. — Pawłow i Simanowska: Arch. f. An. u. Phys. 1895, S. 93. — Schüle: D. Arch. f. kl. Med. 1901, S. 121. — Simici i Voiculesco: Arch. de malad. dig. 1923. — Talma: D. Arch. f. kl. med. T. 49, S. 206. — Yukawa: Arch. f. Verdkrkh. 1908 S. 166. — Ostrowski: Niektóre objawy kliniczne pod wpływem jadów... i t. d. P. G. Lek. 1928, Nr. 45.

Dr. Adam FINKEL. Lwów.

Kilka uwag krytycznych w sprawie artykułu Dr. Ungara p. t. „Przypadek ostrej małopłytkowości samoistnej o charakterze złośliwym".

W Nrze 34. i 35. „Polskiej Gazety Lekarskiej" (Str. 659—660) z r. 1930 ogłosił kol. Ungar Maksymiljan z oddziału wewn. im. żyd. szpitala we Lwowie „Przypadek ostrej małopłytkowości samoistnej o charakterze złośliwym". Przeprowadzenie diagnostyki różniczkowej w tym przypadku nasuwa pewne zastrzeżenia co do trafności rozpoznania. Autor sądzi, że „ostrą białaczkę wyklucza brak leukocytozy oraz postaci niedojrzałych". Tymczasem wiadomo, że tylko w części przypadków ostrej leukemji występuje wyraźna leukocytoza, inne natomiast — jak słusznie podkreśla Naegeli, Matthes i i. autorzy — przebiegają subleukemicznie, a nawet aleukemicznie. Braku zaś postaci niedojrzałych kol. Ungar nie udowodnił, ponieważ prócz zwyczajnie barwionych (metody Autor nie podaje) preparatów krwi nie przeprowadził odczynów barwikowych na fermenty. W przypadkach bowiem białaczki myeloblastycznej nawet sprawnemu badaczowi bardzo trudno nieraz odróżnić duże limfocyty od myeloblastów; w danym zaś przypadku naliczono aż 35% limfocytów (nie wyróżniając przytem postaci dużych od małych). To też tutaj jedynie wspomniane odczyny (n. p. odczyn oksydazowy) byłyby miarodajne i rozstrzygające w sprawie istotnego charakteru owych „limfocytów". Dalej twierdzi autor: „W schorzeniu tem nie mogliśmy znaleźć przyczyny małopłytkowości objawowej, żadnego schorzenia zakaźnego (brak nawet stanu podgorączkowego)... „Zdaje mi się, że choroby zakaźnej Autor również nie wykluczył. Posiewu krwi przecież nie zrobiono, a „brak nawet stanu podgorączkowego" wcale nie stanowi o rozpoznaniu choroby niezakaźnej. Słusznie bowiem podnosi Matthes, Romberg i in. przy omawianiu posocznicy, że temperatury są tu mało charakterystyczne, ponieważ właśnie w ciężkich postaciach zakażenia istnieje wybitna skłonność do zapadów; dlatego spotyka się zarówno wysoko gorączkujące przypadki posocznicy, jakoteż ciepłoty niżej normy, wreszcie także przypadki pośrednie między gorączką a zapadem, imponujące jako pozornie normalne. To samo odnosi się również i do ostrej leukemji. Na podstawie własnych, skromnych obserwacyj kilku przypadków ostrej białaczki mogę zaznaczyć, że ciepłota ciała tych chorych była podwyższona niewspółmiernie mało w stosunku do rozległości i intenzywności tak charakterystycznych dla leukemji zmian w jamie ustnej, jakie zauważono także w przypadku kol. Ungara; czasowo zaś nie było zupełnie gorączki ,(„nawet stanu podgorączkowego"). Wszystkie inne zresztą objawy i odczyny kliniczne, jakoteż sam przebieg choroby w danym przypadku nie przemawiają bynajmniej ani przeciw posocznicy ani też przeciw ostrej białaczce. Natomiast przeciw rozpoznaniu *per exclusionem* małopłytkowości samoistnej, postawionemu przez autora, przemawia m. in. także zdanie tak doświadczonego w tej dziedzinie badacza, jak Franck, który „plamice małopłytkowe ostro zaczynające i kończące się po krótkim przebiegu śmiertelnie uważa zawsze za schorzenia natury objawowej, najczęściej jako wynik posocznicy". Nie można zatem zgodzić się z tezą kol. Ungara, jakoby przypadek opisany przeczył twierdzeniu Francka, że małopłytkowość złośliwa jest tylko objawowem następstwem innego schorzenia, ponieważ autor nie zdołał wykluczyć w omawianym przypadku innych chorób pierwotnych. Natomiast brak ważkich badań dodatkowych oraz nieuwzględnienie wyżej podkreślonych momentów różniczkowo-rozpoznawczych (nie mówiąc już o niewykonaniu obdukcji) obniżają w znacznej mierze wartość naukową publikacji tego bądź co bądź interesującego przypadku.

Dr. UNGAR Maksymiljan. Wiedeń.

Odpowiedź na „kilka uwag krytycznych...". Dr. Adama Finkla.

Dr. Finkel podnosi pewne zastrzeżenia co do trafności rozpoznania przypadku ostrej małopłytkowości samoistnej o charakterze złośliwym" ogłoszonym w nrze 34 i 35 „Polskiej Gazety Lekarskiej". Dr. Finkel twierdzi, że nie wykluczono w przypadku opisanym białaczki ostrej oraz możliwości choroby zakaźnej. Białaczka ostra jak ogólnie wiadomo, bardzo rzadko przebiega zupełnie bez gorączki. Może ona w pewnych przypadkach „przebiegać subleukemicznie, a nawet aleukemicznie", dlatego też przy rozpoznawaniu białaczki nie zważa się tylko na ilość lecz i na jakość komórek krwi. W przypadku opisanym obok prawidłowej ilości ciałek białych nie znaleziono żadnych postaci nieprawidłowych. Limfocyty, które wydają się tak „podejrzanemi" Dr. Finklowi nie wykazywały w obrazie swym żadnych odchyleń. „W przypad-

kach bowiem białaczki myeloblastycznej nawet sprawnemu badaczowi bardzo trudno nieraz odróżnić duże limfocyty od myeloblastów". W pierwszym rzędzie, przypuszczam, chodzić musi Dr. Finklowi, który powołuje się na Matthesa, o omawiane przez tegoż autora przy różniczkowem rozpoznaniu białaczki, — limfocyty patologiczne, które w prawidłowej krwi nie występują; o komórki Riederowskie. Są to limfocyty wielkie, zawierające wielopłatowe jądra. W przypadkach ostrej białaczki mogą wszystkie komórki szeregu chłonnego być w ten sposób zmienione, a wówczas brakuje prawidłowych limfocytów. Oznaczają one ciężkie uszkodzenie czynnościowe systemu chłonnego. Te właśnie komórki Riedera można często uważać, za myeloblasty, dzięki ich płatowym jądrom [1]). One stanowią trudność w rozpoznawaniu białaczki limfatycznej od myeloblastycznej. Ponieważ tych komórek Riederowskich, które dzięki swoim charakterystycznym jądrom wpadają natychmiast w oko, w obrazie krwi opisanego przypadku nie znaleziono, nie można zatem brać pod uwagę możliwości podobnej białaczki. Znane są również w literaturze nadzwyczaj rzadkie przypadki ostrej białaczki myeloblastycznej (Horwitz, Naegeli), w których myeloblasty były małe, wielkości zwykłych limfocytów prawidłowej krwi, a przy swej dominującej liczbie mogą przysporzyć lekarzowi trudności w rozpoznaniu białaczki myeloblastycznej. Przy uważnem jednak badaniu jądra można odróżnić obie te postacie od siebie. Jądro myeloblastów składa się z cieniutkich włókienek, złożonych ze sieci nitek chromatynowych z kilkoma jąderkami, które dają się przy pewnem doświadczeniu łatwo odróżnić od gęstej budowy chromatynowej jądra limfocytów. Myeloblast różni się jeszcze brakiem ziaren azuru oraz brakiem dworca okolojądrowego. Prawie zawsze znajdują się przytem postacie przejściowe do myelocytów. W przypadku opisanym były limfocyty przeważnie małe (tu i ówdzie limfocyty t. z. wielkie, tak prawidłowe, że wogóle nie zachodziła możliwość zamiany z myeloblastami, a tem samem czyniły zbędnem przeprowadzenie odczynu guajakowego, syntezy błękitu indofenolowego oraz wykazania fermentów proteolitycznych. Nawiasowo chciałbym zaznaczyć Drowi Finklowi, by nie uważał wspomnianych odczynów oraz odczynu oksydazowego Winkler-Schulza, peroksydazowego Kreibischa za „jedynie miarodajne i rozstrzygające w sprawie istotnego charakteru owych „limfocytów". Cytuję wyjątek z dzieła Schittelhelma, w którym Hirschfeld opracował dział białaczki „Weniger zu verwerten ist das ausbleiben der Oxydasereaktion und die fehlende proteolytische Fermentwirkung auf die Serumplatte, da beide Reaktionen gelegentlich auch bei sicheren Myeloblasten negativ ausfallen können".

Autorzy tej miary co Jochmann, Jagič, Hirschfeld, Dunn twierdzą, że myeloblasty względnie ich protoplazma dopiero w pewnym okresie dojrzałości wykazują te odczyny [2]). Momentem decydującym jest zawsze dobrze sporządzony barwiony preparat krwi. Dlaczegoż przy braku objawów, wskazujących na możliwość białaczki, przy obrazie krwi, wykluczającym tak ilościowo, jak i jakościowo białaczkę, rozpoznanie postawić w kierunku tejże? Rozpoznanie budujemy nie z negatywnych, lecz pozytywnych danych. Krew wykazywała nadzwyczajnie zmniejszoną ilość płytek (15.000). Przeważnie białaczka przebiega z trombocytozą (Degkwitz). Opisane są jednak przypadki białaczki z trombopenją, lecz nigdy z tak zmniejszoną ilością płytek, (Morawitz) dodatniemi odczynami Duke'a, Kocha, Hayema i in.

Co się tyczy choroby zakaźnej, to zdaje mi się, że sam opis przypadku, przebiegu choroby oraz obraz krwi wykluczają tę możliwość. W przypadkach posocznicy dominują silnie leukocyty neutrofilne przy znacznem zmniejszeniu ilości limfocytów, szczególnie zaś leukocytów eozynochłonnych, których często brak (Naegeli). (W przypadku opisanym znaleźliśmy blisko 5% eozynochłonnych). Bezgorączkowy przebieg posocznicy występuje zawsze w ustrojach, nie będących w stanie rozwinąć swych możliwości obronnych wobec najazdu zarazków. Tyczy się to zatem przeważnie ustrojów, wycieńczonych długotrwałą chorobą zakaźną, która wyczerpała już wszelkie zasoby obrony. Trudno sobie natomiast wyobrazić, by posocznica rzuciła nagle człowieka, dotychczas zupełnie zdrowego, w sile wieku po tak krótkotrwałym, bezgorączkowym przebiegu na łoże śmiertelne, bez cienia obrony ze strony krwi, zmian zapalnych w jakimkolwiek narządzie, której jedynym objawem byłoby krwawienie, wybitna trombopenja, przedłużony czas krwawienia, brak kurczliwości skrzepu, zatem cechy hematologiczne typowego Werlhofa, (jeżeli dodamy jeszcze prawidłową krzepliwość). W przypadku opisanym była czynność serca, płuc, i in. narządów, aż do wystąpienia krytycznego, śmiertelnego momentu, zupełnie prawidłowa. Czy ciepłota prawidłowa opisanego przypadku ma przemawiać za posocznicą, gdyż „w ciężkich postaciach zakażenia istnieje wybitna skłonność do zapadów... i t. d."?

„Natomiast przeciw rozpoznaniu per exclusionem małopłytkowości samoistnej... przemawia m. i. także zdanie tak doświadczonego w tej dziedzinie badacza, jak Franck, który...". Gdyby Dr. Finkel przed pisaniem swoich krytycznych uwag był bliżej zapoznał się z dotyczącą przypadku opisanego literaturą, byłby z pewnością się spotkał z kilkoma, opisanymi już przez innych autorów, przypadkami małopłytkowości samoistnej, które już w pierwszym ataku skończyły się śmiertelnie, przez krwawienie do czynnościowo wartościowych narządów. Również Franck ostatnio uznaje możliwość ostrej małopłytkowości samoistnej o charakterze złośliwym [3]).

Przy czytaniu uwag krytycznych Dr. Finkla nasunęły mi się mimowoli na myśl słowa, wypowiedziane przez prof. Nothnagla o pewnym lekarzu, który wszędzie, nawet w rzeczach zupełnie jasnych, dopatrywał się zamgleń. Nothnagel wyraził się o nim, że wiedząc, iż igła tkwi w dywanie na podłodze, szukał jej na suficie.

---

[1]) Niektórzy autorzy uważają komórki Riederowskie za myeloblasty.

[2]) Folia haematolog. Tom 25. Zeszyt 3.

[3]) Schittelhelm: Blutkrankheiten.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. O. 4209/30.

Warszawa, dnia 5 grudnia 1930 roku.

Zaopatrzenie inwalidzkie, świadectwa lekarzy urzędowych.

Okólnik Nr. 212.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Do wiadomości Ministerstwa Spraw Wewnętrznych doszło, iż często zdarzają się wypadki, że osoby, uprawnione do otrzymania zaopatrzenia inwalidzkiego, po otrzymaniu w myśl art. 14 ustawy z dnia 18. III. 1921 r. (Dz. U. R. P. Nr. 32. poz. 195) zaświadczenia lekarza powiatowego o stopniu utraty zdolności do pracy, niezadowolone ze stwierdzonego procentu niezdolności do pracy, zwracają się do innych lekarzy powiatowych, gdzie uzyskują wyższy wymiar procentu.

Dla zapobieżenia na przyszłość podobnym niepożądanym zjawiskom zechce Pan Wojewoda (Pan Komisarz) polecić podwładnym lekarzom powiatowym, by wydawali wzmiankowane wyżej świadectwa tylko mieszkańcom powiatu, należącego do ich zakresu działania.

Dr. *Piestrzyński,* Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.
Nr. Z. O. 4111/30.

Warszawa, dnia 18 listopada 1930 roku.

W sprawie warunków przyjęcia do Domu Zdrowia dla dzieci funkcjonarjuszów państwowych w Ustroniu.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ze względu na niedostateczną liczbę zgłoszeń do uzdrowiska dla dzieci funkcjonarjuszów państwowych w Ustroniu (Woj. Poznańskie), wywołanych szeregiem nieporozumień co do zapłaty za pobyt i wyekwipowanie dzieci, przypominam Panom Wojewodom (Panu Komisarzowi Rządu) co następuje:

Dnia 1 kwietnia r. b. ustanowiona taksa w wysokości 7 zł dziennie za pobyt dziecka w Domu Zdrowia w Ustroniu, z czego 75%, t. j. 5 zł 25 gr. pokrywane jest z funduszów na pomoc lekarską dla funkcjonarjuszów państwowych, zaś 25%, t. j. 1 zł 75 gr. powinno być pokrywane przez rodziców dziecka.

Ze względu na to, że taksa, wnoszona przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych w kwocie 5 zł 25 gr, jest wystarczająca na pokrycie kosztów utrzymania dzieci w zakładzie, postanowiłem w celu udostępnienia funkcjonarjuszom państwowym korzystania z Domu Zdrowia w Ustroniu uwolnić funkcjonarjuszy od wnoszenia dodatkowej opłaty po 1 zł 75 gr.

Przypominam również, że dziecko nie potrzebuje przywozić ze sobą nic poza zwykłem ubraniem, ponieważ całą wyprawkę otrzymuje na miejscu.

Interesuję się osobiście zapełnieniem uzdrowiska „Ustronie" przez dzieci funkcjonarjuszów państwowych, potrzebujących wzmocnienia i wypoczynku, i proszę Panów Wojewodów (Pana Komisarza Rządu) również o osobiste zainteresowanie się tą sprawą.

Sławoj Składkowski, Minister.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Polski Przegląd chirurgiczny, tom IX, zeszyt 5—6, r. 1930: A. Gruca: Stół operacyjny własnego pomysłu. — St. Nowicki: Urazowy kurcz tętnic. — St. Nowicki: Postrzał tętnicy i żyły biodrowej zewnętrznej oraz pęcherza moczowego .— A. Barlik: Przypadek pierwotnego mięsaka chłonnego sieci większej. — W. Jastrzębski: Przypadek mięsaka gruczołu piersiowego u mężczyzny. — A. Kummant: Operacja Trendelenburga w zatorze tętnicy płucnej. — Br. Szerszyński: Leczenie operacyjne mięsaków kości. — W. Zawadowski: O radjoterapji nowotworów kostnych. — K. Floksztrumpf: Leczenie radem mięsaków kości. — K. Dębicki: Mięsaki kości w świetle ankiety Tow. chirurgów amerykańskich.

Przemysł chemiczny, nr. 24, z grudnia 1930: A. Joszt i A. Kleindienst: Graniczny rozkład skrobi pod wpływem słodów gorzelniczych rozmaitego pochodzenia. — I. Zathey: O nowym systemie komór reakcyjnych do fabrykacji superfosfatu.

Wiadomości Kas chorych, rok I, nr. 16, z r. 1930: Dział urzędowy. — Z zagadnień organizacyjnych Kas chorych. — Z życia Kas chorych. — Dział sprawozdawczy. — Bilanse i rachunki działalności.

Dziecko i matka, rok V, nr. 23, z r. 1930: St. Szuman: Znaczenie manipulacji dla umysłowego rozwoju dziecka. — C. Bańkowska: Dziecko kapryśne. — L. Sierpieński: Rola ojca w wychowaniu dzieci. — M. Morzkowska: Sztuczne odżywianie niemowlęcia. — H. Weissmann: Zapalenie gardła. — M. Biehler: Szczepienie przeciw błonicy.

Medycyna warszawska, nr. 24, z r. 1930: Wł. Jaroszewicz: Przyczynek do przedziurawień wrzodu żołądka po obiedzie barytowym. — I. Kipman: Znieczulenie lędźwiowe. — M. Grabowski: Przypadek pasorzyta nerki. — L. Zembrzuski: Dzieje leczenia ran.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VII, nr. 52, z 25 grudnia 1930: Spis rzeczy zawartych w roczniku 1930.

Kronika dentystyczna, rok XXV, nr. 9—10, za wrzesień—październik 1930: Peker: O roli narządu zębowego w etjologji przewlekłych chorób zębowych. — Bałłaban: Zależność chorób oczu od chorób zębów.

Dziecko i matka, rok V, nr. 24, z r. 1930: M. Benisławska: Boże narodzenie. — I. Prażmowska: Dzieci i święta. — E. Szelburg: Nie straszyć; Kara cielesna. — F. Łuniewska: O wietrzeniu mieszkania. — Z. Michejdzina: Utrzymanie niemowlęcia w czystości. — M. Morzkowska: Odżywianie dziecka po wyjściu z niemowlęctwa. — M. Kłosińska: Grypa.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Časopis Lékařu Českých.

Rocznik LXIX, Zeszyt 24, 1930.

Prof. H. Vaguez: *O pomoc dla sercowo chorych. Dzieło opieki społecznej.*

Vaguez wspólnie z amerykanką Miss Dike, Tardieu, prezesem ministrów, oraz Miss Morgan, założyli Towarzystwo dla opieki nad sercowo chorymi. Opieka tyczyć się ma chorych również i po opuszczeniu szpitala. Polega ona na umożliwieniu choremu zmiany zawodu (ciężka praca fizyczna a wada serca), a przez czas potrzebny utrzymywaniu chorego lub rodziny. Wogóle czuwać powinno się nad ciężko chorym sercowo, podobnie jak opiekę roztacza się nad kaleką, nieuleczalnie chorym. Społeczeństwo przychodzi z pomocą jednostkom, jeśli znajdują się w stanie krytycznym: dla chorego posiada szpitale; dla umysłowo chorego osobne oddziały; dla złodzieja więzienie. Natomiast dla tych, którym zagraża niebezpieczeństwo — nie stwarza nic; dla tych, którzy uniknęli ich — również nic... Szczególnie chorzy sercowo, opuszczając szpital, w walce cięższej dla utrzymania rodziny przyśpieszają kres swego życia. Po całej Francji stworzył Vaguez Towarzystwa dla pomocy tym nieszczęśliwym. Vaguez zwraca się również do lekarzy czechosłowackich, by naśladowali jego dzieło.

Prof. B. Prusik i Dr. M. Mikešova: *Szybkość prądu krwi i jego znaczenie kliniczne.* (Wyniki metody z katerynem). (C. d. n.).

Dr. Ungar i Dr. Dědek: *Infekcja papug a choroba ludzka psittacosis.* Przegląd literatury oraz opis 3 przypadków psittacosis w związku ze schorzeniem papugi brazylijskiej.

Dr. L. Filip: *Przypadek melancholji, wyleczony przy pomocy opoterapji.*

Przegląd literatury lekarskiej. Protokóły z posiedzeń Towarzystw lekarskich.

Zeszyt 25, 1930.

Dr. F. Špaček: *Znaczenie uterografji przy leczeniu bezpłodności.*

Doc. Dr. Jonota i Dr. Polák: *Badanie doświadczalne nad wpływem układu sympatycznego na wrażliwość skóry.*

Prof. B. Prusik i Dr. M. Mikešova: *Szybkość prądu krwi i jego znaczenie kliniczne.*

Dr. Slanina: *Rzadki nowotwór jądra, utworzony z komórek śródmiąższowych.*

Dr. Trdlicova: *O przypadkowem powikłaniu po zastrzyku wśródrdzeniowym.*

Prof. Kabelik: *Referaty o nowotworach. (Książki i zbiorowe referaty).*

Przegląd literatury lekarskiej. Protokóły z posiedzeń Towarzystw lekarskich.

Zeszyt 26, 1930.

Prof. Dr. V. Ružička: *1870—1930.*

Prof. Dr. A. J. P. van den Broek (Utrecht): *Karliczy wzrost u człowieka.* (Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Pradze).

Doc. Dr. J. Saidl: *Różniczkowo-rozpoznawcze znaczenie obrazu krwi w przypadku ciąży pozamacicznej a adnexitis.*

Doc. Dr. Janota i Dr. Špringlova: *Dolegliwości po nakłuciu lędźwiowem oraz ambulatoryjne przeprowadzenie tegoż.*

Doc. Dr. Charvat: *Nowe kierunki w leczeniu chorób wewnętrznych.*

Dr. V. Reček: *Leczenie upławów przy pomocy elektrokauteryzacji.*

Prof. Dr. Kabelik: *Referaty o nowotworach.*

Przegląd literatury lekarskiej. Protokóły z posiedzeń Towarzystw lekarskich.

Ungar.

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery, Gynecology and obstetrics.

1930, Nr. 5.

Coryllos R.: *Pooperacyjne powikłania płucne a zatkanie oskrzeli.*

Celem pracy jest wykazanie wzajemnej zależności pooperacyjnego zapalenia oskrzeli, niedodmy i zapalenia płuc, ponieważ sprawy te następują zwykle po sobie, składając się na jeden i ten sam pooperacyjny proces patologiczny, w następstwie zatkania oskrzeli.

Nierozwiązane dotychczas pytanie „w jaki sposób powstaje po zabiegu niedodma płuc" zajmuje umysł autora, który ten problem usiłuje wytłumaczyć, zastanawiając się kolejno nad etjologją pooperacyjnej niedodmy i zapalenia płuc, nad teorjami tyczącemi się tej sprawy i nowemi środkami zapobiegawczemi i leczniczemi.

Teorja powstawania omawianych spraw na tle nerwowego odruchu tłumaczy te schorzenia jako zaburzenia czynności mięśni oddechowych i przepony, jako skurcz oskrzeli, zaburzenie naczynioruchowe i t. d. Niestety doświadczalne wycięcie nerwów płucnych nie prowadzi do zapadnięcia się tkanki płucnej. Trudno utrzymać nadal i obronić teorję odruchu, czy ustalenia przepony. Dziś widzimy, że masowa niedodma płuc z tego powodu jest niemożliwa. Możemy raczej zgodzić się na to, że niedodma może się rozwinąć na nieznacznej przestrzeni, jak to ma miejsce podczas odmy i zapalenia wysiękowego opłucnej, nie znaczy to jednak, by wskutek tego miały się rozwinąć poważniejsze powikłania płucne, jakie mają miejsce po zabiegach.

Jeśli weźmiemy pod uwagę teorję skurczową oskrzeli, to w typowym przykładzie zwolenników tej teorji, że przez drażnienie błony śluzowej nosa powstać może odruchowy napad duszności, nie chodzi o niedodmę płuc, ale o rozedmę. Odruchowy skurcz oskrzeli nie może odgrywać poważniejszej roli w masowej pooperacyjnej niedodmie płuc.

Odruch naczynioruchowy jest również niepewnym czynnikiem wpływającym na stan płuc. Autor opierając się na doświadcze-

niach Brodiego i Dixona dochodzi do przekonania, że tętniczki płucne nie posiadają żadnych nerwów naczynioruchowych. Co dalej, gdyby nawet można uzyskać doświadczalnie odruch rozkurczu naczyniowego, uzyskałoby się raczej powiększenie objętości płuc a nie niedodmy. Jestto zrozumiałe z tej przyczyny, że wzmożony przepływ krwi przez płuca da w następstwie wzmożenie się zawartości powietrza. Wprawdzie doświadczalnie znachodzono w niedodmie płuc rozszerzenie małych naczyń płucnych, jednak nie jest to przyczyną, ale następstwem niedodmy.

Jedynie możliwą do przyjęcia jest *teorja zatkania oskrzeli.* Początkowo odnoszono pooperacyjne powikłania płucne do uśpienia, które powszechnie stosowano — niestety w okresie znieczulania miejscowego nie możemy powiedzieć, by odsetka tych powikłań się zmniejszyła. Niewątpliwie w następstwie zabiegu, a zwłaszcza w zabiegu w jamie brzusznej, przychodzi do zatkania oskrzeli czopem śluzu, z powodu czego znajdujące się w pęcherzykach powietrze ulega wchłonieniu, prowadząc do niedodmy tkanki płucnej. Gdy niedodma się przedłuża a żywotność pneumokoków jest dostateczna, rozwija się zapalenie płuc; jeśli przytem nastąpi zakażenie drobnoustrojami ropnemi, rozwija się ropień lub nawet zgorzel (krętkami).

Autor uważa, że niedodma pooperacyjna w swej różnej postaci, w następstwie przed lub pooperacyjnego kataru oskrzeli jest nietylko zwiastunem zapalenia płuc, ale jest również początkową i integralną częścią składową syndromu całego schorzenia. Jak długo pozostają oskrzela drożne, czynność nabłonka włosowatego jest dostateczna a wykrztuszanie zapewnione. Ale gdy nastąpi zatkanie oskrzela, los tkanki płucnej zależy od drobnoustrojów, kryjących się w śluzie. Zależnie od tego mamy do czynienia ze zwykłą niedodmą, zapaleniem płuc, ropniem, a nawet zgorzelą płuc.

By tych powikłań uniknąć należy zapobiegać tworzeniu się śluzu w oskrzelach, podnieść przewietrzność płuc i obniżyć żywotność drobnoustrojów (odpowiednie przygotowanie jamy ustnej za pomocą płukania roztworem optochiny, kwasu solnego i t. d.). Znaczną uwagę autor poświęca stosowaniu mieszaniny bezwodnika węglowego i tlenu podczas narkozy, względnie w przeciągu 48 godzin po zabiegu.

Janik (Lwów).

Piśmiennictwo włoskie.

Istituto Benito Mussolini. Clinica della Tubercolosi e delle Malattie dell'apparato respiratorio a Roma.

Wyd. Oslo, 1930.

Instytut i szpital im. Benito Mussolini, założony przez Kasę Ubezpieczeń Społecznych do akcji przeciwgruźliczej miasta Rzymu, finansowany przez przemysłowców włoskich. Składa się on z 2-ch części; pierwsza obejmuje choroby płucne (na łóżek 1.200), druga dla chorób narządu oddechowego, nie na tle gruźliczym (na łóżek 100). W łączności z drugą, znajduje się pawilon izolacyjny, dla dzieci urodzonych z rodzin chorych gruźliczych.

Bibljoteka, muzea i sala demonstracyjna mieszczą się w parterze. Lecznica obejmuje piętro pierwsze, chirurgja drugie — kuchnia i jadalnia umieszczone w tylnej części budynku, dostatecznie oddalone od chorych. Szpital z instytutem połączony jest kurytarzem z arkadami, który zawiera laboratorja histologiczne, bakterjologiczne, serologiczne i chemiczne. Środek budynku zajmuje duża sala amfiteatralna, służąca do wykładów.

Na pedjatrję i opiekę nad matką przeznaczono budynki osobne stojące w pobliżu gmachu głównego.

Plany i zjęcia zakładu uzupełniają broszurę.

H. Romanowska.

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 8, 1930.

Doc. Memmesheimer: *Zagadnienia biologji świetlnej skóry.*

Rozmaita długość fal światła ma rozmaite działanie biologiczne. Jako biologicznie czynne fale oznacza się niekiedy takie, które wywołują zaczerwienienie skóry, kiedyindziej te, które wpływają na wytwarzanie się barwika, albo powodują najsilniejsze ścinanie białka lub wreszcie działające na wzmożenie hemolizyn. Pewnem jest, że biologiczna czynność światła zależy od przenikania promieni przez rozmaite warstwy skóry i od długości ich fali. Promienie, które zostają absorbowane w górnych warstwach naskórka i tu drażnią komórki, działają inaczej niż promienie dochodzące do cutis i działające wprost na naczynia, krew i zakończenia nerwów. Pod wpływem światła ma powstawać w skórze witamina D (uczynnienie zawartej w skórze ergesteryny), jakoteż tworzą się we krwi ciała odpornościowe, zarówno swoiste jak i nieswoiste.

Hirszfeld i Halber (Warszawa): *O przeciwciałach w schorzeniach rakowych.*

U chorych rakowych, przedewszystkiem tych, którzy mieli raka w przewodzie pokarmowym, macicy lub sutka, udało się wykazać przeciwciała wiążące komplement, które reagują z dość wrażliwemi antygenami rakowemi. Nieznaczna część surowic tych chorych dawała dodatni odczyn Wassermanna, dodatnie surowice kiłowe reagowały z alkoholowemi wyciągami raka. Dla wytłumaczenia tych zjawisk przyjęto teorję chorób rozpadowych i odczyny odnosi się do obecności swoistych i nieswoistych lipoidów w tkance rakowej. Surowice ciężarnych reagują z antygenami rakowemi. Chodzi tutaj o przeciwciała skierowane przeciw substancjom, które występują podczas wzrostu płodu; substancje te u płodu i w rakach są identyczne lub spokrewnione. W tych wypadkach reakcje z antygenem rakowym należy uważać za reakcje wzrostowe.

Depisch i Hasenöhel: *Teorja „kontrregulacji" w wątrobie i tkankach.* Teorja tłumacząca rozmieszczenie cukru w wątrobie, mięśniach i tkankach pod wpływem hormonów zwłaszcza trzustkowego.

Hartmann i Weiss: *Wpływ alkaloidów na krzepliwość krwi.* Atropina, pilokarpina, strychnina, cholina, chinina, nikotyna, kokaina — opóźniają krzepnięcie krwi, a efekt zależy od absolutnej ilości tych ciał, mechanizm ich działania różni się od działania hirudyny i heparyny. Nikotyna, chinina i hirudyna wpływają na procesy chemiczne przez swe własności katalityczne. Jest kwestją jeszcze wątpliwą, czy krzepliwość krwi jest procesem koloido-chemicznym czy fermentacyjnym.

Hellerström: *Ziarnica pachwinowa i guzy pachwinowe „wolowate".* Wielką część guzów pachwinowych „wolowatych" uważać można za ziarnicowe, mniejszą część za innego pochodzenia, jak *ulcus molle, lues, tuberculosis.* Rozpoznanie różniczkowe nie jest łatwe.

Prof. Hannes: *O wskazaniach do operacji i drogach operacyjnych w ginekologji.*

Steinfeld: *Leczenie sclerosis multiplex zastrzykami złota.*

Kleinschmidt: *Działanie optochiny na różne postacie pneumokoków.* Doświadczenia na hodowlach, do których dodawano optochinę w rozcieńczeniach od 1 : 1.000 do 1 : 1,000.000.

Peschendorf: *Wskazówki przy badaniu rentgenologicznem wrzodu dwunastnicy.* Najpewniejszym objawem jest nyża, przytem często widoczne zniekształcenie dwunastnicy. Dalsze objawy rentgenologiczne to kieszonki i tworzenie się uchyłków. By otrzymać przegląd przedniej lub tylnej ściany należy badać w ustawieniu ukośnem.

St. Dziuba.

Medizinische Klinik.

Nr. 25, 1930.

K. Brandenburg: *Patogeneza i klinika reumatycznego zapalenia wsierdzia.* U chorych na zapalenie stawów w wyłuszczonych migdałkach znajduje się histologicznie podobne ogniskowe zmiany reumatyczne jak i w mięśniu sercowym.

Prof. Goldscheider (dok.): *Patologja i terapja krążenia.* Procedury podnoszące sprawność mięśnia sercowego. Częściowe kąpiele gorące przy dusznicy piersiowej. Artykuł przynoszący wiele nowych i cennych wskazówek.

H. Schlesinger: *Objaw „paznokciowy" przy chromaniu przestankowem.* Przy zaburzeniach krążenia obwodowego należy zwracać uwagę na zaburzenia wzrostu paznokci, jako na jeden jeszcze objaw przedmiotowy.

O. Marburg, H. Krisch, H. Curschmann, E. Stransky: *Wywiad w sprawie leczenia bezsenności.*

F. Landois: *Tendovaginitis stenosans na kciuku.* Radzi jedynie operacyjne leczenie.

F. Saile: *O wpływie diety wegeterjańskiej na ciśnienie krwi.* Badania porównawcze przeprowadzone u zakonników, którym reguła zabrania jeść mięso i u innych, którzy nie mają w regule tego zakazu. Różnica ciśnień dość znaczna, stąd widać dobry wpływ odżywiania wegetarjańskiego na obniżenie się ciśnienia.

E. Küster: *Doświadczenia na zwierzętach nad ochronną szczepionką Calmette'a.* Szczepionka nie chroni przed zakaże-

niem, jedynie podnosi i przedłuża odporność (doświadczenia na małpach i świnkach morskich).

K. Vogelsang: *Ochrona i oszczędzanie oczu* (d. c. n.).

Lactucarium, Decholin, Nigraphan (wyciąg z rzodkiewek).

W Brandis: *Padaczka, histerja czy uszkodzenie prądem?* (Dział ubezpieczeń).

S. Peltesohn: *Schorzenia kręgów*. Referat.

H. Powązka (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 6 maja 1930 r.

Obecnych członków Towarzystwa 36, wprowadzonych gości 28.

1) Protokół posiedzenia naukowego z dnia 29. IV. przyjęto bez zmian.

2) Kol. Prezes powiadamia, że otrzymał od prof. Zenona Orłowskiego z Wilna wyjaśnienie, dotyczące dyskusji nad odczytem kol. N. Pryluckiego, wygłoszonym na posiedzeniu w dn. 4 marca r. b. Kol. Z. Orłowski zaznacza, że w 2 przypadkach stosowania dożylnego czerwieni kongo, spostrzegał niezmiernie silne bóle głowy, które trwały parę godzin, bez innych ubocznych objawów.

3) Kol. Stefan Rudzki wygłosił odczyt p. t. „Walka społeczna z gruźlicą na wsi". (Streszcz. wł.).

Prelegent podaje główne dane o rozpowszechnieniu gruźlicy na wsi w różnych krajach Zachodniej Europy i Ameryki, oraz w Polsce. Podkreśla wielką wagę, jaką nadaje zwalczaniu gruźlicy na wsi cały świat cywilizowany, czego dowodem było postawienie tego tematu na porządku dziennym ostatniego międzynarodowego zjazdu przeciwgruźliczego w Rzymie w 1928 r. Streszcza referat zasadniczy na tym zjeździe, wygłoszony przez W. Branda (Wielka Brytanja), oraz poglądy wyrażone w dyskusji przez przedstawicieli 16 narodów z obu półkul. Charakteryzuje główne kierunki w walce z gruźlicą w różnych krajach, zatrzymuje się dłużej na próbach robionych w krajach anglosaskich, skandynawskich oraz romańskich. Podaje etapy w walce z gruźlicą na wsi w Polsce (Dobrzycki, Sokołowski, Dunin, Tow. Higieniczne, Muzeum Higieny w Częstochowie, Zjazdy higieniczne, Zjazd w sprawie higieny małych miast i wsi (1919 r.) z referatem autora niniejszego odczytu o walce z gruźlicą w małych miastach i wsiach, działalność Towarzystwa Przeciwgruźliczego, Ogólnopolskiego Związku Przeciwgruźliczego, akcje rządu i Samorządów, Ośrodki Zdrowia, Wystawy Przeciwgruźlicze.

Prelegent zakreśla obraz współczesnej walki z gruźlicą na wsi; charakteryzuje rolę przychodni przeciwgruźliczych i całego systemu edynburskiego w stosunku do wsi; rolę lekarzy i pielęgniarek społecznych; stosunek do lekarzy praktykujących: udział w walce Rządu, Samorządów, szkół i społeczeństwa. Rola wojska w zwalczaniu gruźlicy. Ubezpieczenia społeczne. Ustawodawstwo przeciwgruźlicze i znaczenie jego dla walki z gruźlicą na wsi.

4) *Dyskusja.*

Kol. Mańkowski. W walce z gruźlicą zarówno, jak w walce z innemi chorobami zakaźnemi, odgrywa rolę przedewszystkiem zapobieganie, do którego toruje drogę propaganda. Należy podnieść poziom kultury przez podniesienie oświaty oraz zwalczanie antyhigjenicznych zwyczajów ludowych.

Kol. Szokalski. Wysyłanie chorych na gruźlicę rozpadową na wieś, jest dla tej ostatniej wysoce szkodliwe. W znacznej mierze ponoszą tu winę Kasy chorych; powinny one każdorazowo zawiadamiać odpowiednie urzędy prowincjonalne, o wysłaniu na ich terytorium osobnika szerzącego zarazę. Należy stworzyć kilka klas poradni przeciwgruźliczych, któreby pozostawały we wzajemnej ze sobą zależności: ośrodki gminne, przy starostwach oraz wojewódzkie. Każdy chory na gruźlicę powinien być wciągany na listę członków Towarzystwa Przeciwgruźliczego, jako bezpośrednio zainteresowany w walce z gruźlicą.

Kol. Janiszewski. Dane statystyczne z Małopolski z pierwszego dziesiątka lat bieżącego stulecia, stwierdzają, iż śmiertelność z gruźlicy była na wsi mniejsza niż w mieście. Pomysł ośrodka zdrowia, jest pomysłem polskim, zrealizowanym już w roku 1910 w postaci powiatowego urzędu zdrowia w Krakowie. Mówca wyraża zadowolenie, iż myśl budowy tanich sanatorjów w Polsce, którą wypowiedziało Towarzystwo Przeciwgruźlicze w r. 1910, uzyskała obecnie prawo obywatelstwa. Należy zachować pewną równowagę pomiędzy tworzeniem poradni, odgrywających rolę propagandową, a budową sanatorjów. Mówca podkreśla dalej znaczenie katedry higjeny na wydziale lekarskim.

Kol. Wroczyński podkreśla znaczenie statystyki poborowych, chorych na gruźlicę. Należy wprowadzić na miejsce pielęgniarek wyspecjalizowanych w walce z gruźlicą, pielęgniarki o przygotowaniu ogólnem. Należy tworzyć małe ośrodki zdrowia i to nietylko dla walki wyłącznie z gruźlicą, ale także w celach higjeny ogólnej.

Kol. Cieszyński. Należy wyszkolić w zakresie higjeny akuszerki tak aby mogły one spełniać rolę zarówno położnych, jakoteż higjenistek. Byłby to najtańszy sposób rozwiązania sprawy pielęgniarstwa na wsi. Gdyby akcja szczepień metodą Calmette'a okazała się skuteczną, to połączenie jej z wyżej wymienioną akcją higjeny, dałoby najtańszy i najlepszy sposób rozwiązania sprawy walki z gruźlicą na wsi.

Kol. Chodźko. Walka Kas chorych z gruźlicą napotyka na trudności związane z brakiem ogólnopaństwowego planu walki z tem cierpieniem. Kasy chorych stoją na stanowisku, iż należy budować uzdrowiska podmiejskie. Wielkim jednak błędem jest budowa sanatorjum w Otwocku, które może pomieścić zaledwie 250 osób, przy obecności w Warszawie 20 tysięcy chorych na gruźlicę. Należy wykorzystać tereny sąsiadujące z tem sanatorjum dla budowy uzdrowisk, tembardziej, że o nowe tereny jest bardzo trudno, gdyż ludność wiejska nie chce sprzedawać ziemi pod budowę sanatorjów. Błędem ustawowym jest rozbicie Kas chorych na 266 samodzielnych instytucyj, co sprowadza zupełną niewydolność wielu Kas prowincjonalnych w spełnianiu obowiązków w stosunku do ubezpieczonych, ponoszących wszędzie jednakowe świadczenia.

Kol. Sawicki zapytuje jaką odgrywa rolę w walce z gruźlicą na wsi inicjatywa prywatna zagranicą oraz jak daleko posunięte zmiany gruźlicze zwalniają u nas poborowych z wojska. Mówca jest zwolennikiem budowy sanatorjów na 40—50 łóżek: w mniejszych uzdrowiskach koszta utrzymania chorych są większe. Mówca jest przeciwnikiem oddawania spraw higjeny ogólnej w ręce akuszerek, gdyż to sprowadzić może utratę do nich zaufania ludności, a tem samem jest nieżyciowe.

Kol. Cieszyński wyjaśnia, iż rola akuszerek polegałaby raczej na namawianiu do zwrócenia się o poradę lekarską nie donoszeniu władzy o chorobach zakaźnych. Powiat skierniewicki i suwalski wprowadziły już ten system, który wytrzymuje próbę życiową.

Kol. Rudzki. Rząd w walce z gruźlicą odgrywa rolę ustawodawczą. Inne władze zaś odgrywają różne znaczenie w zależności od kraju. Zarówno u nas, jak też gdzieindziej, 1% poborowych wykazuje czynną gruźlicę płuc. Małe szpitaliki miejskie o 10—50 łóżkach nie muszą posiadać stałego lekarza: główną rolę spełniać winna pielęgniarka; najbliższy lekarz może występować w charakterze kierownika szpitala. Szczepienia metodą Calmette'a nie powinny osłabiać akcji społecznej.

Sekretarz doroczny: *Jan Roguski.* Prezes: *Witold Orłowski.*

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 7 maja 1930 r.

Przewodniczący wiceprezes: Dr. Landau

Obecnych: 32.

Dr. Ślączkowa wygłasza odczyt p. t. *„Rozpoznanie i leczenie niepłodności"*. (Przeznaczone do druku).

W dyskusji kol. Wojciechowski: Kwestja niepłodności i jej leczenie będzie jeszcze długo tematem rozważań. Co do rozszerzenia ujścia macicy, to niektórzy autorzy są zdania, że nie istnieje taka stenoza, któraby przeszkadzała przejściu plemnika, raczej, wąskość jest przeszkodą w odpływaniu cieczy zapalnej i tworzeniu dogodniejszych warunków zapłodnienia. Co do określenia terminu niepłodności to jest kwestją względną, ponieważ istnieją małżeństwa, które mają potomstwo po kilkunastu latach pożycia.

Protokół posiedzenia z dnia 14 maja 1930 r.

Przewodniczący: Prezes Prof. Latkowski.

Obecnych: 53.

Przyjęto kol. Mieczysława Zacharskiego.

Demonstracje z Kliniki Ginekologiczno-położniczej: Kol. Cikowski przedstawia przypadek sklerodermji i scleroedema u noworodków.

Przypadek sklerodermji spostrzegano u dziecka, urodzonego przy pomocy zabiegu kleszczowego. Dziecko doznało nieznacznych obrażeń na skórze skroni i twarzy. Na drugi dzień zauwa-

żono w kilku miejscach na pośladkach ogniskowe zgrubienie ograniczone, deskowato twarde, bez zmian w zabarwieniu skóry. Sprawa samoistnie cofnęła się po 5 dniach bez leczenia. Ciepłota przez cały czas normalna. W 14 dniu życia noworodka wystąpiły ponowne oddzielne zgrubienia na pośladkach bez zwiastunów w postaci erythema czy zmian barwikowych. Sprawa szybko rozszerza się. Ogniska zlewają się tworząc deskowatą twardość pośladków. Mimo leczenia 2% maścią ichtjolową i ciepłych okładów sprawa uogólnia się, zajmując skórę ud, brzucha, grzbietu, ramion, barków i umiejscawia się symetrycznie. Uderzającem było badanie dotykowe, które wykazało ostrą, twardą, nierówną granicę zgrubienia i przesuwalność skóry. Wkrótce pojawiły się przykurczenia skórne w zakresie kończyn dolnych. Przy dotykaniu dziecko krzyczy.

Wymieniona sprawa postępując, utrzymuje się do 6 tygodni po porodzie, później wolno zaczęła się cofać. W 8 tygodni po porodzie widoczne jeszcze wysepkowe zgrubienia skóry w zakresie skóry pośladków. Uderzającem jest, że sprawa ma związek z porodem kleszczowym. — Prelegent omawia etjologię i terapję tego cierpienia.

Przypadek scleroedema spostrzegano u noworodka urodzonego jako jedno z bliźniąt. I w tym wypadku stwierdzono już na drugi dzień po porodzie deskowate, mniej twarde zgrubienie w zakresie skóry pośladków. Sprawa do tygodnia uogólniła się, zajmując skórę całego ciała, nawet twarzy. Temperatury przez cały czas bardzo niskie, skóra blada, niema uderzającej twardości, które to cechy wyróżniają tą sprawę od poprzedniej. — Jak sprawa będzie postępować i jakie będzie zejście okaże się z dalszej obserwacji. W powstawaniu tego cierpienia grają rolę zmiany w składzie tłuszczu, wpływy wewnętrzno-wydzielnicze. Leczenie poza zwalczaniem niskiej ciepłoty nie jest konieczne.

Przypadki przedstawia ze względu na rzadkość tego rodzaju cierpienia (autoreferat).

W dyskusji Doc. Szymanowicz omawia przebieg obydwóch przypadków.

Z Kliniki Lekarskiej U. Jag.:

Kol. Bincer przedstawia: 1) przypadek *mesaortitis luetica cum stenosi myocardii et cholelithiasi.*

2) Przypadek schorzenia kiłowego zajmującego wszystkie naczynia tętnicze a szczególnie nerki, w przebiegu którego spostrzegano przejściowo niedomogę wewnętrzno-wydzielniczą trzustki *(diabetes lueticus).*

Natura tej postaci cukrzycy wyjaśniona została przez jej zupełne ustąpienie pod wpływem leczenia swoistego, oraz przez badanie pośmiertne trzustki. Natomiast co do schorzenia naczyniowego ogólnego istniała rozbieżność między danemi klinicznemi, które odpowiadały w zupełności schorzeniu swoistemu, kile naczyń w szczególności tętnicy głównej i naczyń nerkowych a rozpoznaniem anatomicznem, które mimo istnienia także anatomicznych cech sprawy swoistej w naczyniach oraz skrobiawicy narządów wewnętrznych przyjmowało pospolitą miażdżycę (autoreferat).

W dyskusji: Prof. Latkowski w sprawie drugiego przypadku: Klinicysta nie może ustąpić w tym wypadku z rozpoznania kiły, gdyż odczyn Wassermanna był dodatni, a anamneza typowa dla lues, na który się chora kilkakrotnie leczyła: istniał diabet. luet., który ustąpił po leczeniu specyficznem, była też nephro-sclerosis i trudno zmian chronicznych w nerkach nie odnieść do wykazanego tła a przyjmować sklerozę na tle nieznanem.

Badanie sekcyjne wykazało typowe objawy sklerotyczne. Luetyczne tło musiało jednak tu istnieć. Skrobiawicę znaleziono w sercu i nerkach co też przemawia za tłem luetycznem.

Kol. Reiner przedstawia przypadek odmy naturalnej z wysiękiem.

W dyskusji Prof. Latkowski: Udowodnienie w tym przypadku zmian gruźliczych w płucu jest bardzo trudne. Najwyżej obecność płynu w opłucnej może przemawiać za tbc.

Demonstracje z oddziału Doc. Zubrzyckiego.

Doc. Zubrzycki: w sprawie chirurgicznego leczenia raka szyjki macicy wraz z demonstracjami.

W dyskusji kol. Wachtel mówi w sprawie leczenia energją promienistą. Metoda leczenia energją promienistą nie daje gorszych wyników niż metoda operacyjna. Radzi by przypadki raka macicy oddawać do rąk prawdziwych specjalistów.

Prof. Glatzel: Według Regault wskazania do leczenia operacyjnego raka były: małe epitheliomata na skórze dla celów rozpoznawczych i radykalnej operacji zarazem. Później zmieniono wskazania i dzisiaj właściwie zabieg chirurgiczny jest na pierwszym planie. Prof. Glatzel uważa, że nie należy rezygnować z energji promienistej przy raku języka. Energję promienistą można pozatem pomocniczo stosować lub też w przypadkach nieuleczalnych.

Doc. Szymanowicz zabiera głos w sprawie radykalności operacji raka szyjki macicznej. Dzisiaj operują przeważnie mniej radykalnie niż Doc. Z. a później naświetlają energją promienistą. Statystyka tutaj może dokładnie powiedzieć jaka metoda jest lepszą, czy radykalna, czy mniej radykalna z następowem leczeniem energją promienistą.

Kol. Adamowicz: Prof. R. rozszerzył wskazania dostosowania energji promienistej. Mówi w sprawie metod leczenia energją promienistą w sprawie leczenia energją promienistą raka szyjki macicznej. Mówi o postanowieniu ginekologji w Szwecji, że radjolog powinien zbadać chorą przed oddaniem w ręce chirurga.

Kol. Wachtel zabiera głos w sprawie leczenia energją promienista raków i oświadcza się bezwzględnie za leczeniem energją promienistą.

Prof. Glatzel: statystyka nie rozstrzygnie nigdy kwestji radykalności operacji.

Regault powiedział: na ognisko rakowe możemy energją promienistą zadziałać, a co do gruczołów, to przerzuty nie zawsze się w nich wykazuje histologicznie. Przytacza z praktyki przypadek ca. buccae.

Dr. Wojciechowski: Próby leczenia radem daleko posuniętego raka szyjki macicznej, z dużymi naciekami przymacicza u staruszek, u których bądźto stan ogólny, bądź stan ważnych narządów nie pozwalał na leczenie operacyjne, mają dla mnie wielką doniosłość.

Przekonały one bowiem iż opieranie wskazania do operacji o obecność i rozległość nacieków w przymaciczu nie jest trafnem. Jeżeli po wyskrobaniu rozpadającego się raka szyi założymy rad, to widzimy ze zdumieniem po upływie kilku tygodni lub kilku miesięcy, gdy owrzodzenie się oczyści, że naciek w przymaciczu znacznie się zmniejszył, lub nawet się cofnął, że macica poprzednio wmurowana zyskała na ruchomości, słowem że powstały teraz znacznie lepsze warunki do operacji. Oczywiście nie może tu być mowy o cofnięciu się nacieku nowotworowego, lecz o ustąpieniu owej części nacieku, który był natury zapalnej. Wynika stąd jak dalece przyjęte wysnuwanie przeciwwskazania do operacji z obecności nacieków pozbawione jest słusznej podstawy. Nikt nie potrafi określić ile z owego nacieku brać należy na karb nowotworu, a ile na karb podrażnienia zapalnego. Z tego punktu widzenia wychodząc twierdzić mogę, że próby leczenia raka szyjki macicznej radem przyczyniły się znakomicie do rozszerzenia wskazań do leczenia operacyjnego.

Doc. Zubrzycki: Leczenie operacyjne daje lepsze wyniki niż leczenie energją promienistą.

Rad i Roentgen leczy około 6%. Operacją leczy w 20% raka szyjki macicznej. Dobre wyniki operacji przy operowaniu mało radykalnem są dlatego, że rak nie jest daleko posuniętym. Przypadki raka szyjki należy operować, a tylko te które nie nadają się do operacji — należy oddać do leczenia energją promienistą.

Prof. Latkowski: przemawia za metodą chirurgiczną. Statystyki amerykańskie nie są tak dobre, co do leczenia energją promienistą, chociaż Amerykanie mają duże doświadczenie i stosują duże dawki radu.

Kol. Uhma przedstawia 3 przypadki raka sromu.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 6 czerwca 1930 r.

Przewodniczy: Kol. A. Kuhn.

1) Kol. Laskownicki przedstawia chorego z rozszczepem prącia i pęcherza *(epispadiasis totalis)*, który zgłosił się na oddział urologiczny. Mocz w całości wyciekał choremu przez otwór w pęcherzu, co wywołało przewlekłe zmiany na skórze obu kończyn dolnych oraz dolnej części brzucha.

U chorego wykonano wszczepienie moczówki do kiszki grubej metodą Coffey'a. Operację wykonano w ten sposób, że najpierw wszczepiono moczowód prawy do kiszki wstępującej, w miesiąc później zaś moczowód lewy do esicy. Po obu zabiegach gojenie się rany powikłane było wystąpieniem przetoki moczowodowej, powstałej w 7 dniu po operacji (wygojenie samoistne do kilku dni). Chory oba zabiegi zniósł dobrze — obecnie jest ze swego stanu zadowolony, oddaje 4—5 wolnych stolców dziennie.

W dyskusji kol. Baracz podnosi zasługi Maydl'a, który udoskonalił sposób wszczepiania moczowodów do kiszki grubej przez to, że wszczepia oba moczowody wraz z błoną śluzową sąsiedztwa pęcherza, przez co zatrzymuje ukośne położenie i zwieracze bywają zachowane, co zapobiega do pewnego stopnia wstępującemu zakażeniu. Śmiertelność po zabiegu Maydla nie przekraczała 22%, a dobre wyniki stwierdzono po 7—10 latach.

Sposób Coffeya jest udoskonaleniem sposobu Maydl'a.

Kol. Laskownicki nie wspomniał o metodach zabezpieczających zupełnie od zakażenia wstępującego, a zbliżających się do ideału operacji tu wskazanych t. j. o zastosowaniu wykluczenia jelita, którego część wykluczona użytą bywa jako zbiornik t. j. nowy pęcherz, w tym celu wszczepiano już moczowody do wykluczonej pętli jelita cienkiego (Rutkowski, Berg). Najracjonalniejszem wydaje się kol. Barączowi polecenie Mauclaire'a wytworzenia pęcherza z odbytnicy po całkowitem wykluczeniu tejże przez przecięcie zgięcia esowatego, wyprowadzenie centralnego końca esicy na międzykroczu i wszczepienie moczowodów do zaszytej u góry odbytnicy.

Kol. Laskownicki odpowiada na przemówienie kol. Barącza.

2) Kol. Gruca wygłasza wykład p. t. „Leczenie energją promienną w chirurgji" (przeznaczone do druku w P. G. L.).

3) Kol. Bocheński wygłasza wykład p. t. „Wpływ energii promiennej na narząd rodny kobiety (drukowany w P. G. L. Nr. 41, Rok IX.).

Sekretarz: *K. Budzanowski.*

Łódzkie Towrzystwo lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 21 maja 1930 r.

I. Kol. Grosglik przedstawia: 1) 50 letniego mężczyznę z *Osteosarcoma femoris dextr.*, które spowodowało patologiczne złamanie szyjki udowej. Cierpienie powstało przed rokiem. Obraz przed 6 mies.: bóle gwałtowne w prawej nodze, pachwinie i krzyżu, bezsenność; posuwa się o dwu kijach, nie podnosząc prawej nogi. W górnej części prawego uda guz wyniosły, wielkości 10×8 cm, bolesny, ze skórą niezrośnięty, ale nieprzesuwalny względem podstawy. Gruczoły prawej pachwiny bardzo powiększone, lewej — mniej. Zanik mięśni prawego uda. Zły stan ogólny. Rentgenografja (Dr. Keilson): „poprzeczne złamanie szyjki kości udowej; wyraźne zniszczenie kości w sąsiedztwie złamania; nieregularne odwapnienie i rozrzedzenie kości". Od 28 XII. 29 do 10 V. 30 trzykrotnie Roentgen: już dawno bóle ustąpiły, ogólny stan znacznie się poprawił, chodzi o wiele lepiej, nawet bez kija. Tej poprawie klinicznej niezupełnie odpowiada obraz rentgenologiczny, co się zgadza z doświadczeniami Holfeldera, który również stwierdził, że zmiana na lepsze w rentgenogramie występuje o wiele później niż klinicznie.

2) 41 letnią kobietę z *chorobą Basedowa*, trwającą blisko 8 lat. Ciężki stan w I. 25 r.: i naświetlanie Roentgenem: wybitna poprawa, nawet z ustąpieniem wytrzeszczu. Po kilku miesiącach nawrót.

17. III. 27 r.: usunięcie prawego płata: w kilka dni objawy Basedowa ustąpiły. W niespełna 2 lata znowu nawrot: rośnie tylko prawy płat, wybitny Basedow; nad prawym obojczykiem gruczoł wyczuwalny, również pod lewą pachą.

3) 30 letniego mężczyznę z *chorobą Basedowa* pomimo obustronnej operacji. Cierpienie zaczęło się w II. 29 r. Wycięto prawy płat 26. VIII. 29 r., lewy 23. IX. 29 r. Po 3 mies. szyja zaczęła się powiększać. Obecnie wybitny Basedow; chudnienie, a pomimo to obwód szyji 40 cm.

Na podstawie ostatnich dwóch przypadków kol. Grosglik żąda kilkuletniej kontroli operowanych z powodu Basedowa chorych, inaczej trudno mówić o zupełnem wyleczeniu.

II. Kol. Justman przedstawił 64-letniego M. D., skarżącego się na ból w okolicy zaszczękowej prawej, trwający półtora roku, szczególniej dotkliwy od pół roku. W narządach wewnętrznych prócz objawów umiarkowanej miażdżycy tętnic, zmian widocznych brak. Parcie naczyniowe 130—90. Przy szczerzeniu zębów prawa połowa ust znacznie słabiej rozwarta, nadąć prawego policzka nie może, gdyż powietrze uchodzi prawą połową ust. Prawa połowa języka znacznie cieńsza, na dotyk wiotsza, powierzchnia tej połowy pokryta głębokiemi bróżdami, język wysunięty mocno zbacza wprawo. Poza tem układ nerwowy żadnych odchyleń od normy nie wykazuje, szczególnie zaś odruchy skórne i ścięgnowe z obu stron jednakowo żywe, różnicy w sile kończyn jednej i drugiej strony niema żadnej, inne nerwy czaszkowe sprawne, źrenice oddziałują sprawnie. W okolicy zaszczękowej i podszczękowej prawej wyczuwa się nierówny twardawy wyraźnie tkliwy guz ruchomy zarówno w stosunku do skóry, jak i szczęki dolnej. Chory odczuwa ból przy palpacji nietylko samego guza, lecz również kąta szczęki dolnej. Zdjęcie okolicy podszczękowej i zaszczękowej prawej wykazuje normalny rysunek szczęki dolnej. Mocz zawiera minimalne ślady białka, osad normalny.

By właściwie objaśnić opisany wyżej zespół objawów, uprzytomnić sobie należy przebieg nerwu podjęzykowego. Nerw podjęzykowy wychodzi z czaszki przez położony obok wielkiego otworu potylicznego kanał nerwu podjęzykowego, przebiega ku dołowi pomiędzy tętnicą szyjną wewnętrzną od wewnątrz a tylnym brzuścem mięśnia dwubrzuścowego i mięśniem rylcowo-gnykowym od zewnątrz, poczem wielkim łukiem skierowuje się ku przodowi i nawewnątrz od ślinianki podszczękowej przenika w szczelinę pomiędzy mięśniami żuchwowo-gnykowym a gnykowo-językowym, poczem rozpada się na swe gałązki, zaopatrujące miąższ języka. Otóż guz wychodzący z prawej ślinianki podszczękowej lub z szczątka zarodkowego łuku skrzelowego, rosnąc we wszystkich kierunkach, ucisnął nerw podjęzykowy prawy, obrastając go wokoło lub też przyciskając do kości gnykowej — stąd powstało porażenie zanikowe nerwu podjęzykowego prawego, porażenie mięśnia okrężnego ust na pierwszy rzut oka nasuwałoby przypuszczenie sprawy centralnej, przy której jest porażona tylko dolna gałązka nerwu twarzowego. Lecz najdokładniejsze badanie nie wykryło żadnych objawów niedowładu połowiczego prawostronnego, brak bowiem osłabienia kończyn prawych, brak wzmożenia napięcia mięśni tych kończyn, brak wzmożenia odruchów ścięgnowych tychże kończyn, brak objawu Babińskiego wzgl. Rossolimo z prawej strony, brak osłabienia odruchów brzusznych prawych. Pozostaje tedy przypuścić, iż porażenie mięśnia okrężnego ust prawego jest w naszym przypadku również obwodowe. Jak wiadomo, włókna, zaopatrujące mięsień okrężny ust, biorą swój początek w jądrze nerwu podjęzykowego, idą w rdzeniu przedłużonym proksymalnie do jądra nerwu twarzowego, poczem wraz z włóknami, wychodzącemi z tego jądra, tworzą razem pień nerwu twarzowego. Ponieważ wyłączamy niedowład połowiczy prawostronny z zajęciem dolnej gałązki nerwu twarzowego prawego, musimy przypuścić, iż porażenie mięśnia okrężnego ust powstało w naszym przypadku z tego powodu, iż włókna, zaopatrujące ten mięsień, wchodzą od chwili powstania z jądra nerwu podjęzykowego w skład tegoż nerwu i drogą anastomoz obwodowych z dolną gałązką nerwu twarzowego dostają się do mięśnia okrężnego ust. Biug obserwował przypadek zniszczenia pnia nerwu twarzowego z powodu próchnicy kości skalistej, w którym pomimo to czynność mięśnia okrężnego ust wróciła. Naturalnie było to możliwe tylko dlatego, że włókna, idące z jądra nerwu podjęzykowego wprost drogą nerwu podjęzykowego, a nie via jądro nerwu twarzowego, dopiero na obwodzie drogą anastomozy z dolną gałązką nerwu twarzowego doszły do mięśnia okrężnego ust. Tak więc ten sam guz, który uciska w naszym przypadku pień nerwu podjęzykowego, uciska również zawarte w nim włókna, przechodzące drogą anastomozy do dolnej gałązki nerwu twarzowego i zaopatrujące mięsień okrężny ust. Przypadek nasz jest tedy drugim zrzędu, dowodzącym istnienia anastemozy obwodowej pomiędzy nerwem podjęzykowym a twarzowym.

III. Kol. Margulis przedstawia przypadek bardzo znacznego przemieszczenia serca do tyłu, t. zw. *dorsocardia.*

Chora lat 30; przed 14 laty lewostronne zapalenie wysiękowe opłucnej. Od tego czasu zmiany gruźlicze lewostronne. Wskutek powstałych zrostów serce zostało przemieszczone ku tyłowi; uderzenia koniuszka wyczuwa się w tyle w linji łopatkowej lewej w okolicy VIII. żebra; tam również najlepiej wysłuchują się tony serca.

IV. Kol. Bender przedstawia *dwa przypadki wrodzonej wady serca.*

V. Kol. Bergson przedstawia chorą lat 32 z donoszoną ciążą jajowodową. Chora jest 8 lat po ślubie; nie rodziła; przed 5 laty poronienie; przed 2 miesiącami zgłosiła się do kliniki w celu odbycia porodu: ostatnie menses przed 14 miesiącami; po 9 miesiącach domniemanej ciąży poczuła silne bóle; była następnie u kilku lekarzy, którzy ciąży nie stwierdzili. Po 5 miesiącach nowe bóle i chora przyjęta do lecznicy. Stwierdzono (po za bólem porodowym) guz odpowiadający ciąży normalnej, obok guza — inny guz odpowiadający macicy. Chorą zbadano w narkozie i poddano operacji; wydobyto w całości guz pomimo trudności technicznych, spowodowanych zrostami guza z jelitami: guz przedstawiał płód donoszony; przebieg pooperacyjny bardzo ciężki; chora wyzdrowiała zupełnie.

W dyskusji kol. Frenkiel zapytuje, kiedy nastąpiła śmierć płodu.

Kol. Bergson odpowiada kol. Frenkielowi, iż śmierć płodu nastąpiła wtedy, kiedy zjawiły się pierwsze bóle. Każda żywa ciąża pozamaciczna musi być operowana; każdy podobny przypadek należy traktować jak guz złośliwy; jeżeli kobietę z ciążą pozamaciczną mamy w stałej obserwacji, to dziecko może być donoszone, ale należy w odpowiednim czasie dokonać operacji.

VI. Kol. Sterling w dłuższem przemówieniu omawia *działalność lekarską b. p. kol. Leyberga Jakóba.* Towarzystwo Lekarskie poniosło wielką stratę. Zmarły kol. Leyberg był bardzo czynnym członkiem Towarzystwa, napisał szereg prac laboratoryjnych

oraz szereg prac klinicznych z dziedziny syfilidologji, niektóre z nich wspólnie z neurologami. Charakter pracy naukowej był indywidualny. W badaniach swych kol. Leyberg odznaczał się ścisłością; był świetnym prelegentem i znakomitym polemistą.

VII. Kol. Keilson wygłosił odczyt pod tytułem: „Obraz rentgenologiczny schorzeń stawowych przewlekłych". Odczyt był ilustrowany szeregiem przeźroczy.

W dyskusji nad odczytem zabierał głos kol. Szyfman.

VIII. Poza porządkiem dziennym kol. A. Gurewicz z Truskawca (jako gość) wygłosił odczyt pod tytułem: „O nowej metodzie rentgenograficznego uwidaczniania nerek i pyelografji drogą śródżylną". Odczyt był uzupełniony pokazem szeregu ciekawych zdjęć rentgenowskich.

Referat z posiedzenia Towarzystwa dla chorób trawienia i przemiany materji odbytego w Budapeszcie 6—8 października 1930 r.

Pierwszy dzień: „Zmiany położenia i formy przewodu pokarmowego a w szczególności ptoza i uchyłki".

Vogt (Monachjum) mówi o anatomicznych i rozwojowych podstawach ptozy. Pokazuje on obrazy i rysunki zrostów między *caecum* a *sigmoideum*. Obserwował on bowiem kilka takich przypadków na sekcji u noworodków. Sądzi, że zrosty te są pochodzenia płodowego. Zwraca tem samem uwagę na fakt powstania tak znacznych zmian położenia już w życiu płodowym. Za najważniejsze czynniki utrzymujące narządy jamy brzusznej w prawidłowem ułożeniu uważa przedewszystkiem a) t. zw. *„hermetismus"*, jest to szczelne i bezpowietrzne zamknięcie przew. pokarmowego, b) napięcie mięśni przepony, c) podprzeponowe zmniejszone ciśnienie atmosferyczne, które jego zdaniem ma grać tutaj wielką rolę, d) umocowanie narządów do ścian jamy brzusznej. Zwraca też uwagę na fakt, że ssące działanie klatki piersiowej nie jest obustronnie równe, lecz sądzi, że prawe płuco ma silniejsze działanie jak lewe.

Bergmann (Berlin) mówi o klinice powyższego problemu z punktu widzenia internisty. Zwraca on uwagę na to, że *habitus Stiller, chlorosa, ulcus,* gruźlica, *albuminuria ortostatica,* zwykle mają enteroptozę. Dalej *morbus Wenckebach* t. j. osobniki z małem kroplowem sercem ze słabem krążeniem, z niskiem ustawieniem przepony, mają też zwykle enteroptozę. B. sądzi, że w tych wszystkich przypadkach najważniejszą rzeczą są objawy zaburzonej funkcji. O ile zaś obecność opadnięcia nawet rentgenologicznie stwierdzonego nie idzie w parze z zaburzoną funkcją danych narządów, to niema ona znaczenia dla klinicysty. Sądzi on dalej, że np. kształt żołądka zależy w wielkiej mierze od stanu inerwacji, to samo tyczy się kiszki grubej, która n. p. w stanie zmniejszenia napięcia nerwów sympatykotonicznych tworzy znane girlandy. Dlatego często jest bardzo ciężko powiedzieć, czy jest atonia w całem tego słowa znaczeniu, czy też chwilowy i przejściowy stan zmniejszonego napięcia nerwów trzewnych. Dlatego uważa on, że najważniejszem zadaniem internisty w takich przypadkach jest dokładne zbadanie funckji danych narządów i przestrzega przed leczeniem anatomicznej ptozy bez zaburzeń funkcjonalnych. Należy według niego bardzo ostrożnie oceniać objawy u ludzi z t. zw. Kaskadenmagen, lub *caecum mobile.*

H. Berg (Berlin) mówi o klinicznej diagnostyce rentgenologicznej przy powyżej wymienionych zmianach z uwzględnieniem *relaxatio* i *hernia diaphragmatica.* B. pokazuje zdjęcia z przepukliny przeponowej i zwraca uwagę na to, że ona albo nie daje żadnych objawów albo najrozmaitsze i zupełnie niecharakterystyczne. Między innemi pokazuje zdjęcia jednego przypadku przepukliny *hiatus oesphageus,* którego objawy kliniczne były zupełnie charakterystyczne dla kolki żółciowej. Jako leczenie konserwatywne poleca B. kilka razy dziennie podawać płyny zawierające CO_2, oraz 2 razy dziennie Paraffinum liquidum, bo chorzy ci cierpią zwykle na zaparcie.

v. Verbely (Budapeszt) omawia powyższy temat ze stanowiska chirurga. W dyskusji na ten temat przemawia między innymi I. Bauer (Wiedeń) i podnosi, że Bergmann wywodem swym o klinice enteroptozy urządził jej pogrzeb. On ze swej strony popiera wprawdzie stanowisko Bergmanna w tej sprawie, że lekarze przez stwierdzenie opadnięcia trzew aprobują tem samem u danego chorego cały kompleks objawów, które mogą być, ale nie muszą i rozpoczynają leczenie tychże nieraz nieobecnych objawów. Hodują u tych ludzi i tak już zwykle obecną neurastenję.

W sprawie związku neurastenji i enteroptozy sądzi Bauer, że związek ten jest o wiele ściślejszy jakby się to wydawało. Przenosi on ten związek aż do plazmy zarodkowej i określa terminem „Keimplasmatische Korrelation". Uważa on, że związek neurastenji z opadnięciem trzew bierze swój początek tem samem już w plaźmie zarodkowej.

Drugi dzień: „Schorzenia kości i ich stosunek do przemiany wapnia, wewnętrznego wydzielania oraz witamin". v. Fürth (Wiedeń) mówi o ogólnej patologji tego problemu. Mówiąc bardzo szczegółowo o przemianie Ca w ustroju poruszył kilka faktów o znaczeniu praktycznem. Mianowicie Parathyreohormon podług Collipa wstrzykiwany nawet u starców, przyspiesza w przypadkach złamań kości znacznie gojenie względnie zrastanie się tychże złamań. Podług badań H. H. Mayera sole Ca mają wielki wpływ na resorbcję wysięków zapalnych. Z klinik budapeszteńskich doniesiono o bardzo dobrych wynikach leczenia za pomocą soli Ca przy *asthma bronchiale, pleuritis exsudativa.*

Pick (Berlin) omawia anatomję patologiczną tego zagadnienia. Pokazuje szereg obrazów preparatów anatomicznych z krzywicy, *morbus Paget, osteomalacji, morbus Recklinghausen (ostitis fibrosa).*

Alvens (Frankfurt) mówi o klinice i leczeniu tych schorzeń ze stanowiska internisty. Zwraca on uwagę na poziom fosforu we krwi, kwestję w ostatnich czasach bardzo dyskutowaną. I stwierdza on, hypophosphataemia należy ściśle do obrazu krzywicy wczesnej. Podczas gdy w późnej krzywicy mogą zmiany we krwi zupełnie brakować.

Wieland (Bazyleja) mówi o klinice i leczeniu tych schorzeń ze stanowiska lekarza pedjatry.

W dyskusji demonstruje Snapper (Amsterdam) ciekawy przypadek *morbus Recklinghausen (ostitis fibrosa).* Objawy kliniczne tego przypadku były ciężkie schorzenia kości, poziom wapnia we krwi wynosił 20—23 mg. %, rentgenologicznie zaś *ostitis fibrosa.* Usunięcie guza na szyi, który okazał się jako *adenoma gl. parathyreoideae.* Po operacji spadek wapnia do 6.6 mg. % i rentgenologicznie stwierdzoną poprawa zmian w kościach.

V. Soos (Budapeszt) mówi o organizacji dietetycznej kuchni na klinikach w Budapeszcie. W bardzo interesującym wykładzie pokazuje S. jak wiele uczynić można oszczędności oraz zaspokoić indywidualne wymogi dietetyki przez dobrą organizację kuchni szpitalnej. Szczegółowe omówienie tego nader ciekawego wykładu wychodzi poza ramy niniejszego referatu.

Trzeci dzień: „Zapalenia narządów trawienia jako problem patogenetyczny".

Löwenberg (Berlin) traktuje ten problem z punktu widzenia internistycznego i bakterjologicznego. Omawia bardzo szczegółowo bakterjologję schorzeń przew. pokarmowego.

Löhr (Magdeburg) omawia ten problem z punktu widzenia chirurga. Zwraca on uwagę na konieczność szybkiego operowania *ulcus ventriculi perforans.* Granicę dobrej prognozy ustala wtedy, o ile chory zostaje operowany przed 12 g. po perforacji. Tłumaczy to zjawisko wędrowaniem *bacterium coli* z dwunastnicy do żołądka i zakażeniem początkowo jałowego zapalenia otrzewnej. Dalej tłumaczy on lokalizację actinomycosis w okolicy wyrostka robaczkowego tem, że już u normalnych ludzi znajdował na sekcji często właśnie w wyrostku robaczkowym actinomyces. Sądzi, że jest pewne biologiczne powinowactwo między błoną śluzową wyrostka robaczkowego a actinomyces.

Kauffmann (Berlin) omawia ten problem z punktu widzenia ogólnej patologji nie wnosząc nic nowego.

W dyskusji między wieloma innymi mówi Porges (Wiedeń) zwracając uwagę na patogenetyczne znaczenie *typhlitis* dla schorzeń wątroby i woreczka żółciowego.

K. Waller.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Konkurs z okazji dziesięciolecia istnienia „Przeglądu Dentystycznego". W roku bieżącym „Przegląd Dentystyczny" kończy 10 lat swego istnienia. W tym okresie czasu był on, w naszej dzielnicy, jednym z głównych ośrodków, około którego skupiały się wszystkie prawie siły, pracujące naukowo na polu lekarsko - dentystycznem. Wydawnictwo nasze rozpoczęliśmy w warunkach bardzo ciężkich. Wzmagająca się wciąż drożyzna materjałów i roboty drukarskiej, zmuszała nas do ponoszenia wielkich wysiłków materjalnych, aby utrzymać placówkę na poziomie, właściwym dla pisma naukowego. Prawdziwą osłodą w tej ciężkiej pracy oraz bodźcem do wytrwania na posterunku w gorliwej walce z różnemi trudnościami, były pochlebne uznania naszych dążeń, wyrażane tak licznie z rozmaitych stron, oraz

stwierdzenie coraz to większej liczby abonentów i współpracowników. Nie możemy tu pominąć faktu, że dzięki „Przeglądowi" spora liczba prac polskich została włączona do wszechświatowej skarbnicy naukowej, a to z powodu zjawiających się coraz częściej streszczeń i tłumaczeń tych prac w językach obcych, co jest dowodem w każdym razie nieprzeciętnej ich wartości naukowej. Ufając więc, że i nadal koledzy nie odmówią nam swego poparcia i pomocy, pragniemy iść wciąż naprzód i nie zrażamy się żadnemi trudnościami, ani ofiarami materjalnemi. Aby dać tego dowód, a zarazem podnieść i wzbogacić treść i wartość gromadzonych przez nas prac oryginalnych oraz nowych zdobyczy ze świata naukowego, ogłaszamy konkurs na najlepszą pracę z zakresu dentystyki w najszerszem pojmowaniu tego słowa.

Warunki naszego konkursu są następujące:

1) Praca na temat dowolny, jednak związany z dentystyką, winna być napisana stylem zwięzłym, jasnym i wyraźnym. Musi ona zawierać myśl nową, oryginalną, nieogloszoną dotychczas w druku. Rozmiar pracy nie może przekraczać trzech arkuszy druku. 2) Rękopis musi być pisany czytelnie, bez żadnych kreśleń, z pozostawieniem marginesu, na oddzielnych kartkach po jednej tylko stronie. Pożądane(lecz nie konieczne) pismo maszynowe. 3) Autor podpisuje rękopis własnem nazwiskiem z podaniem dokładnego adresu oraz zaopatruje go w dopisek, że ta praca jest przeznaczona na konkurs. 4) Wszystkie prace, przeznaczone na konkurs, przekazane będą do oceny sądowi, specjalnie do tego utworzonemu. 5) Za najlepsze prace będzie przyznana nagroda Redakcji „Przeglądu Dentystycznego" w sumie 1.000 zł, która jednak, według uznania sądu, może być podzielona na dwie nagrody. 6) Prace nadsyłać należy do Redakcji „Przeglądu Dentystycznego", Warszawa, Marszałkowska 48. 7) Termin nadsyłania prac konkursowych upływa w dniu 1 lipca 1931 r. 8) Redakcja ma prawo drukować prace, przeznaczone na konkurs, w miarę ich nadsyłania.

Index analyticus cancerologiae. Wszyscy autorzy, którzy w ubiegłem półroczu ogłosili w języku polskim prace dotyczące nowotworów są proszeni o nadesłanie krótkiego autoreferatu możliwie w języku francuskim pod adresem: Warszawa, Marszałkowska 73, Dr. Med. Wejnert, lub Warszawa, Marszałkowska 41, Doc. Dr. Sterling-Okuniewskį. Referaty powyższe będą umieszczone w wychodzącem w Paryżu Międzynarodowem piśmie: „Index Analyticus Cancerologiae".

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia, iż na posiedzeniu Komitetu konkursowego fund. im. Grzegorza Piramowicza, przyznana została nagroda Drowi Karolowi Mitkiewiczowi, wizytatorowi higjeny szkolnej Kuratorjum Okręgu Szkolnego Warszawskiego za całą działalność higjeniczno-szkolną a zwłaszcza za propagowanie idei szerzenia higjeny przez szkoły.

Wykłady uzdrowiskowe. W cyklu odczytów, urządzanych przez Związek uzdrowisk polskich, prof. dr. J. Szmurło w dn. 6 grudnia mówił „O walorach leczniczych Ciechocinka", w dniu 20 grudnia dr. St. Sroczyński miał wykład p. t. „Inowrocław i jego wartości zdrojowiskowe".

Fundacja Smogulecka im. Bogdana Hutten-Czapskiego. Hr. B. Hutten-Czapski aktami notarjalnemi z dn. 30 X. 1924 r. i 25 VII. 1925 r. ofiarował dobra rycerskie Smogulec w pow. wągrowieckim woj. poznańskiego na utworzenie fundacji swego imienia, która ma na celu dostarczanie Uniwersytetowi Warszawskiemu i Politechnice Warszawskiej środków na popieranie nauki polskiej, mianowicie na nagrody dla obywateli polskich i na zapomogi na prace naukowe, wynalazki, oraz odkrycia, wreszcie na wydawnictwa naukowe w języku polskim. Wyżej wymienione instytucje wejdą w posiadanie fundacji z chwilą zgonu testatora: do tego czasu przedstawicielami fundacji będą rektorzy Uniwersytetu Warsz. i Politechniki Warsz. Rozporządzeniem z dn. 30 października u. b. fundacja ta została zatwierdzona przez p. Prezydenta Rzeczypospolitej.

Kraków.

Walne Zebranie Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 17 grudnia 1930 r. dokonało wyboru Zarządu na rok 1931 w następującym składzie: Prezes: Prof. Dr. Franciszek Walter; Wiceprezes: Pułkownik Dr. Adam Maciąg; Sekretarz doroczny: Dr. Stanisław Roman; Skarbnik: Dr. Adam Ackermann; Gospodarz: Dr. Stanisław Karasiński; Redaktorzy: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski oraz Prof. Dr. Józef Kostrzewski; Sekretarz stały: Prof. Dr. Marjan Gieszczykiewicz; Bibljotekarz: Dr. Józef Spira. (Skarbnik, Gospodarz, Redaktorzy, Sekretarz stały i Bibljotekarz wybrani na lat dwa). Komisja redakcyjna: 1) Dr. Maksymiljan Blassberg. 2) Doc. Dr. Władysław Bujak, 3) Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski, 4) Płk. Dr. Adam Maciąg, 5) Prof. Dr. Jan Glatzel, 6) Prof. Dr. Kazimierz Majewski, 7) Prof. Dr. Jan Olbrycht, 8) Prof. Dr. Maksymiljan Rutkowski, 9) Dr. Stefan Strzemieński, 10) Dr. Bruno Wojciechowski, 11) Doc. Dr. January Zubrzycki. — Delegaci do Rady zawiadowczej Tow. Lekarskiego b. Galicji: 1) Prof. Dr. Lenartowicz, 2) Prof. Dr. Witold Nowicki. — Delegaci na Walne Zgromadzenie Tow. Lekarskiego b. Galicji: 1) Doc. Dr. Eugenjusz Artwiński 2) Dr. Maksymiljan Blassberg, 3) Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski, 4) Dyr. Dr. Leon Fuchs, 5) Dr. Roman Glasner, 6) Prof. Dr. Jan Glatzel, 7) Prof. Dr. Kazimierz Majewski, 8) Prof. Dr. Jan Olbrycht, 9) Dr. Stefan Strzemieński, 10) Dr. Józef Surzycki. — Członkowie Komisji Kontrolującej Towarzystwa Lekarskiego: 1) Dr. Zygmunt Wachtel, 2) Dr. Tymoteusz Piotrowski. — Delegat Krak. Tow. Lek. do Kom. Rewiz. Tow. Lek. b. Galicji: Dr. Stefan Strzemieński.

Posiedzenie Seminarjum medycyny praktycznej Związku lekarzy Kas chorych „Koło Kraków" z referatami Dra Henryka Leuchtera i Dra Maksymiljana Blasberga odbyło się we czwartek, 8 bm. w sali konferencyjnej Kasy chorych, Batorego 3.

10-lecie działalności Kas Chorych. Z okazji 10-lecia działalności Kas Chorych na podstawie polskiej ustawy o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby, odbyła się dnia 14 XII w krakowskiej Kasie Chorych uroczystość wręczenia żetonów pamiątkowych pracownikom okręgowego Związku i Kasy Chorych w Krakowie, oraz otwarcie ambulatorjów krakowskiej Kasy Chorych w Skawinie i na Grzegórzkach.

Uczczenie zasług znakomitego uczonego polskiego. Po dwudziestu latach pracy ustąpił z prymarjatu oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie i dyrektury II. Kliniki chirurgicznej, profesor U. J. dr. Maksymiljan Rutkowski, zatrzymując w dalszym ciągu dyrekturę I. Kliniki chirurgicznej. Ku uczczeniu zasług znakomitego uczonego twórcy nowoczesnej szkoły chirurgicznej w Polsce, postanowili byli uczniowie prof. Rutkowskiego, zajmujący dziś kierownicze stanowiska oddziałów i klinik chirurgicznych w Polsce zawiesić w kancelarji oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie (będącego zarazem II. Kliniką chirurgiczną), portret prof. Rutkowskiego, pendzla prof. Jarockiego. Portret ten onegdaj też zawieszono.

Lekarze szkolni dla szkół dokształcających. Z dniem 1 grudnia ub. ustanowiła krakowska Kasa chorych lekarzy dla szkół dokształcających, do których uczęszczają przeważnie robotnice i robotnicy młodociani. Zadania tych lekarzy pokrywają się naogół z zadaniami lekarzy szkolnych, a nadto wiążą się ściśle z akcją badania robotników młodocianych prowadzoną od 15 miesięcy w Kasie przez dwóch specjalnie wyszkolonych lekarzy. Nadto mają lekarze szkolni możność kierowania do specjalistów kasowych wszystkich robotników młodocianych, u których stwierdzili potrzebę leczenia mimo, że pacjent sam jeszcze nie zwrócił uwagi na swoją chorobę. Akcja ta obejmuje 23 szkoły dokształcające, do których uczęszcza 4.800 uczniów, w tem 900 dziewcząt. Czynności lekarzy szkolnych objęli: pp. Dr. Helena Sikorska (szkołę żeńską), Dr. Ignacy Medyński, Dr. Mieczysław Chlipalski i Dr. Henryk Powązka. Lekarze mają do pomocy dodanych sanitarjuszy względnie higjenistki.

Biuro pośrednictwa pracy dla lekarzy. Związek lekarzy Kas chorych w Krakowie otwiera z dniem 1 stycznia 1931 r. „Biuro pośrednictwa pracy dla lekarzy". Lekarze poszukujący posad mogą zgłaszać się w sekretarjacie biura przy ulicy Batorego 5, parter, codziennie między g 6—8 wieczór.

Św. p. Dr. Wojciech Rec. Dnia 23 grudnia 1930 r. zmarł w 53 roku życia Dr. Wojciech Rec ppłk. lekarz, ordynator oddziału chirurgicznego Szpitala okręgowego w Krakowie.

Łódź.

Zwinięcie okręgowego Związku Kas chorych. W Łodzi okręgowy Związek Kas chorych został zwinięty z dn. 1 bm. Majątek przejął okręgowy Związek Kas chorych w Warszawie, zaś szpital wybudowany w Łodzi przeszedł na własność łódzkiej Kasy chorych.

Z kraju.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za m. listopad 1930 r. W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia. — Zwolnieni: Darmaszek Aleksander, prow. księgowy w VII st. sł. w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, na zasadzie postanowień art. 62 ustawy o państwowej służbie cywilnej z dnia 30 listopada 1930?, dekretem z dnia 15 listopada 1930 r.

We Władzach II instancji. — Mianowani: Lehrówna Helena, prac. kontr. w Urzędzie Wojewódzkim Stanisławowskim, do odwołania inspektorem farmaceutycznym w VII st. sł. w dotychczasowem miejscu służbowem, dekretem z dnia 4-go listopada 1930; Siuda Władysław, do odwołania inspektorem farmaceutycznym w VII st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Pomorskim w Toruniu dekretem z dnia 22 listpada 1930 r. — Zwolnieni: Jezierski Stanisław Romuald, prow. inspektor farmaceutyczny w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim Lwowskim na zasadzie art. 62 ustawy o państwowej służbie cywilnej z dnia 30 listopada 1930 dekretem z dnia 25 listopada 1930.

We Władzach I instancji. — Przeniesieni: Dr. Parymonczuk Franciszek, prow. lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem Sarneńskiem, na takież stanowisko i w dotychczasowym charakterze i stopniu służbowym do Starostwa powiatowego Drohickiego dekretem z dnia 29 listopada 1930 r. — Przeniesieni na emeryturę: Dr. Niemczewski Jan, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem Wadowickiem, na własną prośbę z dniem 30 listopada 1930; Dr. Olszewski Józef, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem Grybowskiem, na zasadzie art. 29 ustawy emerytalnej dekretem z dnia 15 listopada 1930. — Przeniesieni w stan nieczynny: Dr. Twórz Edmund, lekarz powiatowy w VI st. sł. w Starostwie powiatowem Kościańskiem, dekretem z dnia 22 listopada 1930 r.

Wolne posady.

Związek Pracy Obywatelskiej w Baranowiczach ogłasza niniejszem Konkurs na stanowisko kierownika i lekarza „Żłóbka dla niemowląt" na 50 dzieci z uposażeniem 500 zł. miesięcznie. Oprócz uposażenia lekarz otrzymuje pokój przy Zakładzie z opałem i światłem.

Jednocześnie lekarz będzie musiał prowadzić Stację Opieki nad Matką i Dzieckiem, przyjmując dzieci codziennie godzinę. Do tej posady wyznaczone są pobory 150 zł miesięcznie. Wymagane warunki: 1) obywatelstwo polskie, 2) dyplom lekarski i świadectwo uprawniające do wykonywania praktyki lekarskiej, 3) co najmniej 1-letnia praktyka szpitalna, lub kliniczna w dziedzinie chorób wewnętrznych (pożądana specjalność pedjatrja), 4) pożądana praca w instytucjach społeczno-higjenicznych, 5) nieprzekroczony wiek 40 roku życia.

Podanie wraz z uwierzytelnionymi dowodami świadectw i własnoręcznie napisanym życiorysem należy składać do Zw. Pracy Ob. Kobiet w Baranowiczach, ul. Szosowa 56, w terminie do dnia 25 stycznia 1931 r.

Ze świata.

Nowy Związek Lekarzy angielskich. Lekarze angielscy założyli, pod przewodnictwem dr. S. Hastingsa (Labour Party), związek, którego usiłowania zmierzają do upaństwowienia i skomunalizowania stanu lekarskiego w Anglji. Każdy chory ma, według ich żądań, otrzymywać pomoc lekarską bezpłatnie.

Trzy międzynarodowe wycieczki lekarskie w r. 1931. 10. Międz. wyc. lek. Dnia 19 marca 1931 wybierają się lekarze z Wiednia do francuskiej Afryki północnej. Uczestnicy zobaczą Wenecję, Medjolan, Genuę, San-Remo, Bordighierę, Wentimiglię, Mentonę, (odwiedzą w Chateau Grimaldi Prof. Dr. Voronoffa, znanego z operacyj odmładzania), Monte Carlo, Niceę (spotkanie z Dr. Faure, prez. towarzystwa lek. na Riwierze), Juan les Pins, Cannes, Marsylię. Z Marsylji nastąpi wyjazd do Afryki, a mianowicie do Algieru. Uczestnicy zamierzają dotrzeć do wnętrza Afryki, do Biskry i Touggourtu, Cena pauszalowa 700 austr. Szill. (około 870 zł.). — 11. Międz. wyc. lek. Dnia 19 marca 1931 wybierają się lekarze z Wiednia do hiszpańskiej Afryki (Maroko). Uczestnicy zobaczą aż do Marsylji te same miejscowości jak uczestnicy 10. Międz. wyc. lek. Dalszy plan wycieczki: Barcelona (zwiedzenie szpitala San Pablo), Walencja, Granada, (Alhambra), Malaga, Algeciras. Stąd nastąpi wyjazd do Afryki, a mianowicie do Ceuty i Tetuanu. Z powrotem zobaczą uczestnicy: Sewillę, Madryt (zwiedzą Biarritz, Paryż (międzynarodowa wystawa kolonjalna), Strassburg, Mnichów, Solnogród, Wiedeń. Cena pauszalowa 1050 austr. Szill. (wzgl. 1400). — 12. Międz. wyc. lek. Dn. 30 kwietnia 1931 wybierają się lekarze z Bremen do Ameryki północnej. Uczestnicy zobaczą życie, fabryki i zakłady lecznicze w New-Yorku, Filadelfji, Washingtonie, Chikago, Detroit i Spad Niagary. Cena pauszalowa 350 dolarów (wzgl. 375). Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandstudienreisen, Wiedeń (Wien) Austria I., Biberstrasse 11, I. St.

Zatrucie wodorocjankiem. W Jiczynie na Morawach wydarzył się straszny wypadek: Pewna firma praska przeprowadzała w przytułku dezynfekcję przy pomocy roztworu wodorocjanku. Przed dokonywaniem dezynfekcji firma musiała w starostwie złożyć odpowiednią deklarację, że bierze na siebie odpowiedzialność za bezpieczeństwo pracowników i otoczenia. Po 30-godzinnem wietrzeniu do przytułku sprowadzili się pensjonarjusze, z których kilkunastu nagle zasłabło z objawami ciężkiego zatrucia. Siedmiu z nich niebawem zmarło, a 13 odwieziono do szpitala, gdzie wkrótce jeszcze trzech dalszych zmarło. Wszystkie ofiary są w wieku od 74 do 88 lat. Władze sądowe wdrożyły śledztwo i zarządziły obdukcję zwłok. Przedsiębiorcę aresztowano.

Sprostowanie omyłek drukarskich.

W ogłoszonej w numerze 47-ym Polskiej Gazety Lekarskiej z r. ub. pracy Dr. T. Skibniewskiego p. t. „Hodowanie prątków gruźliczych w celach rozpoznawczych" zaszły następujące omyłki drukarskie:

Na stronie 930, szpalta druga w wierszu 7-tym od dołu zamiast „a najpóźniej na 5—6 dzień", ma być „najpóźniej na 36-ty dzień"; w tej samej szpalcie w wierszu 6-tym od dołu zamiast „na 46-ty dzień", ma być „na 64-ty dzień"; na stronie 931, w szpalcie drugiej w wierszu 30-tym od góry po słowach „spodziewać podobnego zjawiska", wypuszczono słowo „częściej".

W ogłoszonej w numerze 49-tym Polskiej Gazecie Lekarskiej z r. b. pracy profesorów: Dr. St. Ciechanowskiego i J. Kostrzewskiego p. t. „W sprawie żółtaczki zakaźnej" zaszły następujące omyłki drukarskie:

Str. 963, szpalta 1, wiersz 18 od góry zamiast „woreczek", ma być „pęcherzyk żółciowy";

Str. 963, szpalta 1, wiersz 21 od góry zamiast „dają", ma być „daje";

Str. 963, szpalta 1, wiersz 32 i 33 od dołu należy wykreślić słowa: „krwinki czerwone";

Str. 963, szpalta 1, wiersz 13 od dołu zamiast „eozyną", ma być „silniej eozyną";

Str. 963, szpalta 1, wiersz 11 od dołu zamiast „również", ma być „równie";

Str. 963, szpalta 1, wiersz 4 od dołu zamiast „czernego", ma być „czarnego";

Str. 963, szpalta 1, wiersz 3 od dołu zamiast „erytrofugji", ma być „erytorfagji";

Str. 963, szpalta 2, wiersz 3 od góry zamiast „erytrofugji", ma być „erytorfagji";

Str. 963, szpalta 2, wiersz 10 od góry zamiast „po kilka również", ma być „po kilka. Również";

Str. 963, szpalta 2, wiersz 12 od góry zamiast „w mięśniach, zgodny", ma być „w mięśniach jest zgodny";

Str. 964, szpalta 2, wiersz 2 od dołu zamiast „bylyby", ma być „byłby";

Str. 965, szpalta 1, wiersz 22 od góry zamiast „zakażenie stanu", ma być „zakażenia i stanu";

Str. 966, szpalta 1, wiersz 37 od dołu zamiast „cylindoidy", ma być „cylindroidy";

Str. 966, szpalta 1, wiersz 25 od dołu zamiast „(Stokes), nasz przypadek pierwszy", ma być „(Stokes, nasz przypadek pierwszy)";

Str. 966, szpalta 2, wiersz 25 od góry zamiast „zakażenie", ma być „zakażenia";

Str. 966, szpalta 2, wiersz 33 od góry zamiast nerwowyclh", ma być „nerwowych".

Redakcja otrzymała:

Les echo de médecine, 1-e anné nr. 7, 1930.

Zamenhof L.: „Dzieje medycyny w życiorysach, aforyzmach i anegdotach od Hippokratesa do okresu nowoczesnego", Warszawa, 1930.

Ruebenbauer H.: „Międzynarodowa wystawa higjeniczna w Dreznie", Warszawa, 1930.